

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 72

LES

NÉVRALGIES FACIALES SYMPTOMATIQUES
D'ORIGINE ALVÉOLO-DENTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Robert-Benjamin PARFAITE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MARIN (Martinique), le 3 mai 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM VILLEMIN, professeur	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur ...	{ <i>Juges.</i>
		CAVALIÉ, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 72

LES
NÉVRALGIES FACIALES SYMPTOMATIQUES
D'ORIGINE ALVÉOLO-DENTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Robert-Benjamin PARFAITE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **MARIN** (Martinique), le 3 mai 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM VILLEMIN, professeur	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur ...	{ <i>Juges.</i>
		CAVALIÉ, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants...	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Potanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON FRÈRE AÎNÉ

LE SOUS-LIEUTENANT ALBERT PARFAITE

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre avec palme,*

MORT POUR LA FRANCE A L'ÂGE DE 20 ANS.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES BELLES-SŒURS

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A LA FAMILLE ALIINC

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAVALIÉ

*Chargé du cours de Clinique dentaire et stomatologique à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse en y joignant de précieux conseils;
puissions-nous avoir été digne de cette
marque de confiance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE FAVREAU

*Ancien chef de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Professeur d'obstétrique à la Faculté catholique
de l'Université de Lille.*

Faible témoignage de ma respectueuse
et sincère amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

*Titulaire de la chaire d'anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Croix de guerre,
— Officier d'Académie,
Officier de Sainte-Anne de Russie.*

Cher Maître,

Je n'oublierai jamais votre accueil bienveillant ni la sympathie que vous avez bien voulu me témoigner; veuillez croire à ma sincère reconnaissance pour le grand honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

LES

NÉVRALGIES FACIALES SYMPTOMATIQUES

D'ORIGINE ALVÉOLO-DENTAIRE

INTRODUCTION

La notion de l'origine alvéolo-dentaire de certaines formes de névralgies faciales n'a pas toujours été couramment admise; cela tient tout d'abord à ce que le « mal aux dents », douleur locale d'une dent ou d'un groupe de dents, a toujours été classiquement séparé du cadre des douleurs irradiées, parcourant une ou plusieurs branches de nerf, qui répondent à la définition du terme névralgie. Or l'odontalgie peut et doit être considérée comme une névralgie localisée, comme le premier degré, souvent infranchi, d'une névralgie étendue à une ou plusieurs branches du trijumeau.

D'autre part, certains auteurs (Valleix, Anstie, Duval) ont pu, avec une apparence de raison, nier la fréquence de la névralgie d'origine alvéolo-dentaire, en se basant sur ce fait que l'extraction des dents incriminées n'avait, dans certains cas, apporté aucun soulagement. Ceci est une conclusion qui ne saurait être admise actuellement : le praticien peut être induit en erreur par le patient lui-même, qui accusera de son mal et proscrira telle molaire, parce qu'il y aura ressenti de

la douleur, ou parce qu'il aura mal localisé cette dernière; d'autres fois, par suite de l'absence de toute douleur locale, on aura tendance à accuser soit des chicots, soit des dents diversement atteintes, alors que la vraie coupable se dissimule, ne présentant même aucune trace apparente de carie; enfin, il existe des épines irritatives cachées qu'il sera toujours possible de déceler par la radiographie en ce qui concerne le système dentaire proprement dit, adjuvant utile qui manquait à nos aînés.

On ne peut donc être en droit d'affirmer la cause générale ou la nature essentielle d'une névralgie faciale que lorsqu'un examen minutieux et spécialisé, poussé aussi loin que nous le permettent les moyens d'investigation actuels, nous aura permis d'éliminer toutes les causes locales possibles : au niveau du système dentaire, il est incontestable qu'elles sont les plus fréquentes, et que leurs manifestations cliniques ne le cèdent en rien à celles dues à d'autres causes.

C'est ce que nous nous efforcerons de démontrer après avoir passé en revue le cadre entier des névralgies de la face et, plus particulièrement, celui des névralgies dites symptomatiques.

CHAPITRE PREMIER

LES NEURALGIES FACIALES EN GENERAL

Sous le terme général de névralgie faciale, encore appelé prosopalgie, J.-A. Sicard définit : « La réaction douloureuse provoquée par l'irritation du nerf trijumeau, ou nerf de la cinquième paire crânienne, tout au long de son parcours, de son origine bulbaire à travers le relai gassérien jusqu'à sa terminaison faciale. »

Cette réaction douloureuse est loin d'être toujours simple et identique à elle-même; elle est au contraire infiniment variable dans ses aspects cliniques. Son étiologie non plus n'est pas univoque, et des faits complexes sont à l'origine de quelques formes de prosopalgie : « Si, pour certaines, la pathogénie s'éclaire d'elle-même par l'évolution et qu'elle se juge par l'adage *sublata causa tollitur effectus*, il en est d'autres (et ce ne sont pas les moins rebelles), où l'on cherche en vain toutes les données étiologiques habituelles et où l'on finit par se heurter en dernière analyse à ces mots de constitution et de tempérament, qui résument à notre ignorance tous les secrets de l'hérédité et toutes les tares acquises de l'individu. » (Lévy.)

On a donc coutume classiquement de distinguer deux grandes variétés :

1° Des névralgies faciales symptomatiques traduisant un processus irritatif décelable en un point quelconque de la sphère du trijumeau;

2° Une névralgie faciale dite essentielle (J.-A. Sicard), ou idiopathique (Pitres et Vaillard), dont la vraie cause reste in-

connue, mais apparaissant de préférence sur un terrain neuro-arthritique et migraineux (Lévy). C'est à cette dernière catégorie qu'appartient le vrai tic douloureux de la face, tel qu'il a été décrit par Trousseau dans ses magistrales cliniques.

D'autres auteurs ont adopté les termes proposés par J. Franck de Petite névralgie faciale (*neuralgia minor*), pour l'ensemble des névralgies symptomatiques, et de Grande névralgie faciale (*neuralgia quinti major*), pour la névralgie dite essentielle.

Chacune de ces formes se trouve différenciée de l'autre par son étiologie et aussi sa physionomie clinique; toutefois, il peut se faire, comme nous le verrons plus loin, qu'une névralgie faciale manifestement symptomatique, puisque la suppression de la cause évidente amène sa disparition, nous présente un tableau clinique tel qu'il nous fasse penser à la Grande névralgie et même au tic douloureux de Trousseau, réputé idiopathique et incurable.

Y a-t-il alors identité des deux affections, ou simplement simulation du vrai tic douloureux?

Autrement dit, ce dernier est-il lui aussi symptomatique, et, si nous le cataloguons idiopathique, est-ce dans les cas où nous ne savons pas trouver une cause directe qu'il serait toujours possible de déceler?

L'on sait combien cette question est extrêmement difficile à résoudre; en l'état actuel de la science, il est impossible de se montrer affirmatif dans un sens comme dans l'autre en étant sûr de rallier tous les suffrages.

A vrai dire, les progrès de la chirurgie en général, ceux non moins constants de ses branches, l'ophtalmologie, l'oto-rhinolaryngologie, la stomatologie, mettant à nu des causes locales jusque-là impossibles à déceler cliniquement, les résultats des examens anatomo-pathologiques, approfondis grâce à la technique moderne, ont singulièrement agrandi depuis plusieurs années le cadre des névralgies faciales symptomatiques au détriment de celui de la prosopalgie dite essentielle.

Aussi bien n'est-il pas osé à l'heure actuelle de considérer

l'ensemble de toutes ces formes précitées comme constituant un vaste syndrome, riche en modalités cliniques, de causes directes plus ou moins décelables. Et ainsi la névralgie-maladie, *in se* et *per se*, qui choque notre logique, disparaîtrait du cadre nosologique.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que des deux grandes variétés de névralgie de la face qu'on a contume de décrire classiquement. Cependant, d'autres sortes de manifestations douloureuses, à caractère névralgique, peuvent siéger sur le territoire du nerf trijumeau, et il importe de les mentionner : je veux dire la causalgie et la névralgie psychique.

La *causalgie*, ainsi nommée par Weir-Mitchell, qui l'a bien décrite, est, nous dit Littré, « une névralgie donnant une sensation de chaleur exagérée combinée ou non avec une altération spéciale de la peau, qui est rouge, lisse, luisante, crevassée par places, et est le siège d'une hyperesthésie remarquable; elle s'observe ordinairement à la suite des plaies des nerfs et, en particulier, des sections incomplètes ».

Bien que la causalgie apparaisse avec plus de fréquence au niveau des nerfs médian et sciatique, les blessures et les irritations du trijumeau peuvent l'engendrer. Cette douleur cuisante, les manifestations cutanées qui l'accompagnent, sont vraisemblablement sous la dépendance des fibres sympathiques intrinsèques du tronc nerveux et aussi de celles accolées aux parois des vaisseaux, ainsi que l'ont montré les travaux de Leriche, de Meige et Bénisty.

A vrai dire, il ne saurait y avoir de barrière rigide entre la causalgie et la névralgie du trijumeau; par ce que l'on sait de l'intrication de ce nerf et du sympathique crânien, l'on peut dire que, dans un cas, il y a irritation à prédominance des fibres sympathiques, et, dans l'autre, irritation à prédominance des fibres du système cérébro-spinal (fibres somatiques) contenues dans la cinquième paire. Nous reviendrons du reste sur cette question au chapitre IV.

La *névralgie psychique* a, elle aussi, des caractères propres, et a été bien décrite par Brissaud. Liée à un état psychasthé-

nique, elle apparaît sous l'influence de causes morales, qui la modifient souvent et se traduit par des douleurs habituellement diffuses, de siège variable et à apparitions irrégulières dans le temps. Cependant les douleurs peuvent dans certains cas prendre un type continu, de siège fixe, que le malade localise nettement, d'où partent à heures fixes des élancements douloureux (douleurs d'habitude de Brissaud), ce qui complique évidemment le diagnostic différentiel d'avec les autres formes de prosopalgie. Enfin, comme ces douleurs relèvent fréquemment aussi de l'hystérie (Verger), sera-t-il toujours bon de rechercher dans ces cas les autres stigmates de la névrose.

En résumé, nous pensons avoir montré par ce qui précède combien est vaste le cadre des manifestations douloureuses à type névralgique qui peuvent apparaître dans le territoire sensitif du nerf trijumeau. Aussi n'avons-nous pas la prétention d'épuiser l'étendue de ce sujet : notre but est simplement de montrer que, dans le cadre des névralgies faciales dites symptomatiques que nous allons maintenant étudier, les épines irritatives alvéolo-dentaires sont très fréquentes et très nombreuses; nous verrons quels sont leurs modes d'action, les manifestations cliniques qu'elles déterminent, les caractères qui différencient celles-ci de la névralgie dite essentielle, enfin le traitement qu'il y a lieu de leur opposer.

CHAPITRE II

LES NEURALGIES FACIALES DITES SYMPTOMATIQUES

(Petite névralgie faciale.)

Nous les avons définies : celles qui traduisent un processus irritatif mécanique ou inflammatoire décelable en un point quelconque de la sphère du trijumeau.

Ce dernier tient sous sa dépendance la sensibilité de la face et de la moitié antérieure de la tête, soit la peau et les muscles, le massif osseux, les muqueuses des grandes cavités : conjonctive bulbaire et palpébrale, muqueuse des fosses nasales et de leurs cavités annexes, oreille moyenne et oreille externe, muqueuse de la bouche, de la langue, du palais et des amygdales, la pulpe et le contenu de l'alvéole de chacune des dents des deux arcades; il donne encore quelques filets sensitifs à une partie de la dure-mère.

Les impressions sensitives issues de ces diverses régions cheminent le long des branches périphériques du trijumeau, lesquelles se réunissent au voisinage de la base du crâne pour former les trois troncs que l'on sait : nerf ophtalmique de Willis, nerf maxillaire supérieure, nerf maxillaire inférieur; ceux-ci traversent séparément la base du crâne et, de là, se portent en convergeant vers la face antérieure du rocher, où ils atteignent tous trois le bord antérieur du ganglion de Gasser. Celui-ci, véritable renflement ganglionnaire homologue du ganglion spinal des nerfs rachidiens, dont il possède la structure, donne naissance, par son bord postérieur, à la grosse racine ou racine sensitive du trijumeau, laquelle, en cheminant le long du bord supérieur du rocher, gagne la face antérieure

de la protubérance annulaire par où s'engagent ses fibres constitutives pour accomplir leur trajet à l'intérieur du névaxe, vers leurs lieux de terminaison réelle.

Ces données anatomiques permettent donc de diviser les névralgies symptomatiques du trijumeau en différents groupes, selon que les causes qui les provoquent aient leur siège au niveau des terminaisons périphériques du nerf, de ses branches de distribution, de ses troncs, ou, enfin, à l'intérieur du crâne, du ganglion de Gasser et de la racine sensitive. A ces particularités anatomiques se joignent des données cliniques que nous préciserons plus loin.

Nous plaçant surtout au point de vue pratique, nous classerons les névralgies faciales symptomatiques en deux groupes, selon que leurs causes résident au niveau des terminaisons nerveuses périphériques situées dans l'une ou l'autre des grandes cavités de la face (cas les plus fréquents); ou, plus haut, au niveau des branches, des troncs, et, enfin, du trijumeau intracranien. Chemin faisant, nous indiquerons le plus possible les faits cliniques qui peuvent aider à dépister ces différents points de départ et à les différencier l'un de l'autre, chose, on le conçoit, extrêmement intéressante pour le traitement.

1° Névralgies faciales symptomatiques liées à certaines affections des grandes cavités de la face.

a) Comme dans l'étiologie générale des céphalées, que le III^e Congrès français d'oto-neuro-ophtalmologie (Bordeaux, mai 1929) nous a permis d'étudier, les affections de l'orbite et du globe de l'œil, sources de névralgie du trijumeau, peuvent être classées en causes visibles et causes invisibles (Montbrun).

Les causes visibles sont de nature infectieuse ou mécanique : ulcère de la cornée, kératites, iritis, dacryo-cystite, herpès de la conjonctive, glaucome aigu, blessures de l'œil avec énucléation complète ou incomplète (en ce dernier cas, syndrome à prédominance causalgique); les causes invisibles sont les différents vices de réfraction.

Ces différentes épines irritatives affectent habituellement la sphère du nerf ophtalmique seulement; toutefois, en raison de la loi générale de propagation des irritations sensibles au delà de leur centre, la douleur peut être perçue également dans les autres branches du trijumeau, la réciproque étant parfaitement vraie. La névralgie est constituée par un fond de douleur continue siégeant dans la région orbitaire et périorbitaire, sur laquelle se greffent des paroxysmes douloureux parcourant le trajet des branches terminales et ayant leurs points de départ au niveau des points d'émergence de ses branches, où la pression, convenablement exercée, ne fait qu'accroître ou réveiller ces paroxysmes (Valleix). Le point le plus constant est celui du nerf frontal externe, au niveau de la gouttière sus-orbitaire, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes du rebord de l'orbite. Les autres points d'émergence à rechercher sont ceux du nasal externe, près de la gouttière du grand oblique, du naso-lobaire, au lobule du nez; enfin, la pression des bosses frontale et pariétale est douloureuse (Trousseau). En raison des relations de l'ophtalmique avec le sympathique et le parasympathique cervico-cranien (en particulier ganglion ophtalmique et moteur oculaire commun), on observe encore fréquemment des frémissements et des trémulations périorbitaires, de la photophobie, un blépharospasme, qui peut être très intense, revêtant la forme clonique ou tonique (tic douloureux de Lapersonne et Cantonnet), des phénomènes vaso-moteurs au niveau de la peau (rougeur, élévation locale de la température), de l'œil (rougeur de la conjonctive, parfois même œdème), enfin une abondance de larmes et de sécrétion sudoripare.

Cette névralgie peut, dans d'autres cas, précéder une éruption zostérienne (zona ophtalmique), ou, s'associant à d'autres phénomènes, réaliser le tableau de la migraine ophtalmique, compliquée ou non de paralysie transitoire du nerf moteur oculaire commune (migraine ophtalmoplégique).

Les accès débutent alors par l'apparition dans le champ visuel d'une tache circulaire ou en zigzags animée de mouvements

rapides (scotome scintillant), bientôt suivie d'une hémiopie latérale, de douleurs hémicraniques paroxystiques surtout intenses dans l'œil même, de nausées ou de vomissements. En cas de migraine ophthalmoplégique, la paralysie de la III^e paire survient en dernier lieu (ptosis, strabisme externe, diplopie, paralysie de l'accommodation et dilatation pupillaire). Cette paralysie est généralement passagère, mais elle peut devenir définitive dans le cas où les accès se renouvellent trop fréquemment (Terrien).

b) Les névralgies faciales à point de départ naso-sinusal ne sont pas rares; liées à certaines affections des fosses nasales (rhinites aiguës et chroniques, rhinolithes, imperméabilité nasale due à la collision du cornet moyen et de la cloison [Halphen], syphilis tertiaire ulcéro-gommeuse [la syphilis aime le nez], tuberculose ulcéreuse ou végétante, tumeurs), elles apparaissent fréquemment au cours des affections de leurs sinus (tumeurs, sinusites aiguës et chroniques et, surtout, sinusites avec empyème).

Les sinus sont des cavités pneumatiques annexées aux fosses nasales; leur pathologie tout entière est si intimement liée aux affections du système dentaire de l'arcade supérieure, soit directement (sinus maxillaire), soit par l'intermédiaire de ce dernier, que nous allons en faire une rapide description.

Le sinus maxillaire ou antre, d'Highmore, est creusé dans le corps du maxillaire supérieur, entre l'orbite et l'arcade alvéolaire supérieure, entre la fosse canine et la fosse ptérygo-maxillaire. Ses dimensions sont variables selon les individus. Sur sa paroi interne se trouvent les orifices qui le mettent en communication avec la fosse nasale correspondante. L'orifice principal, qui est constant, s'ouvre à la partie antérieure du méat moyen; il en est d'accessoires et non constants, qui sont situés plus bas et en arrière. Les grosses molaires et les prémolaires (surtout la deuxième) soulèvent le plancher du sinus sans le perforer : il existe parfois une couche osseuse épaisse entre le sommet des racines et la cavité elle-même, laquelle est tapissée par un prolongement de la muqueuse nasale à travers les orifices de communication.

Les deux sinus frontaux sont situés au-dessus de la racine du nez, à l'union des portions verticale et horizontale de l'os frontal, entre les deux tables externe et interne de cet os, qui s'écartent pour les former. Une cloison verticale et antéro-postérieure les sépare; cette cloison, très résistante (Zucker-kandl) préserve longtemps l'un des sinus des affections de l'autre. Chaque sinus frontal s'ouvre par le canal fronto-nasal dans le méat moyen. Ce canal débouche exactement à l'extrémité antérieure d'une gouttière (infundibulum) dont la berge inférieure saillante (apophyse unciforme) gêne habituellement pour le cathétérisme de ce canal. Enfin, le rapport intéressant du canal est qu'il passe devant les cellules ethmoïdales antérieures qu'on peut ainsi curetter à travers le sinus frontal ouvert.

Les sinus sphénoïdaux sont également au nombre de deux, situés de part et d'autre de la ligne médiane et creusés dans le corps du sphénoïde. Une cloison antéro-postérieure et verticale les sépare, mais chaque cavité possède des cloisonnements plus ou moins complets. La cavité envoie des diverticules dans les grandes et les petites ailes du sphénoïde, dans les apophyses clinoides et dans le corps de l'occipital. Les rapports des sinus sphénoïdaux sont extrêmement intéressants : par leur paroi supérieure ils répondent à la selle turcique et par conséquent au chiasma des nerfs optiques (la paroi est très mince à ce niveau); la paroi inférieure, épaisse forme la voûte du nasopharynx; la paroi latérale externe correspond au sinus caverneux et par conséquent à la carotide interne, aux nerfs crâniens III, IV, V et VI; la paroi postérieure est formée par le corps de l'occipital; enfin, la paroi antérieure mince constitue le cornet de Bertin ou cornet sphénoïdal de Zuckerkandl; elle communique en haut et en dehors avec les cellules ethmoïdales postérieures, ce qui explique la coexistence fréquente des supurations des deux annexes; plus bas, la paroi antérieure présente l'orifice de communication avec les fosses nasales.

Les sinus ethmoïdaux, appelés plutôt cellules ethmoïdales sont creusés dans les masses latérales de l'ethmoïde; leur nomi-

bre est de huit à neuf en moyenne, de chaque côté. Elles sont d'autant plus spacieuses qu'elles sont plus postérieures, bien que, antérieurement, on en trouve une volumineuse (bulle ethmoïdale). On distingue : les cellules antérieures qui s'ouvrent par des orifices distincts les uns des autres dans le méat moyen et les cellules postérieures qui débouchent de la même façon dans le méat supérieur. Leur paroi externe correspond à l'orbite et, en arrière, la lame osseuse qui les sépare de la dure-mère est très mince. Enfin nous avons vu comment les cellules ethmoïdales peuvent communiquer avec les autres sinus, tout cela formant autant de facilités de propagation à l'établissement d'une infection maxillo-fronto-éthmoïdo-sphénoïdale (Castex), dont le point de départ alvéolo-dentaire est fréquemment en cause.

Au point de vue clinique qui nous intéresse, l'origine naso-sinusale d'une névralgie faciale pourra être reconnue grâce aux quelques particularités suivantes : la localisation initiale du siège de la douleur qu'aura faite le malade, puis, accompagnant les élancements douloureux irradiés à une ou plusieurs branches du trijumeau, une sensation pénible de distension sous-orbitaire avec des élancements dans l'orbite, en ce qui concerne les affections du sinus maxillaire; les sinus frontaux occasionnent une douleur continue à la racine du nez, augmentant si le malade incline la tête en avant ou sur les côtés, se mouche ou éternue, avec des irradiations dans la région fronto-pariétale de préférence. Lorsque le sinus sphénoïdal est en cause, la douleur continue se fixe dans la profondeur de la tête, en arrière des yeux (Moure et Brindel) ou bien s'appesantit sur la tête en un demi-casque (Sarremone). Enfin les cellules ethmoïdales donnent une sensation très pénible de plénitude cérébrale avec douleur latéro-interne orbitaire et troubles oculaires fréquents. Par ailleurs, toutes les névralgies d'origine naso-sinusale s'irradient fréquemment dans l'oreille (Castex).

c) Les névralgies du trijumeau à point de départ otique sont plus rares que les précédentes, mais peuvent se produire à la

suite d'irritations siégeant au niveau de l'oreille moyenne et surtout de l'oreille externe et du pavillon. Les premières provoquent des crises névralgiques, de préférence dans le territoire des deux premières branches du trijumeau (surtout l'ophtalmique), alors que les secondes affectent avec prédilection le nerf maxillaire inférieur. Les otites moyennes aiguës (les chroniques le sont moins), les infections du conduit auditif externe et les corps étrangers, enfin les cancers sont à incriminer.

d) La cavité buccale avec les arcades dentaires, présente le plus grand nombre d'épines irritatives. Au niveau de la bouche elle-même, il faut citer les ulcérations discrètes de la muqueuse (zostériennes ou zoniformes) que Gasparini a mises en évidence, et surtout le cancer de la langue, qui peut déterminer des paroxysmes violents, avec irradiations fréquentes dans la sphère de l'auriculo-temporal (Lévy).

2° Névralgies faciales symptomatiques non liées aux affections des cavités de la face.

Ce sont celles qui sont dues à des irritations siégeant au niveau des branches, des troncs ou enfin du trijumeau intracranien.

Il existe des causes extrinsèques : traumatismes, compression par des cancers, des kystes, des fibromes, des gommes syphilitiques, des anévrysmes (cas célèbre de Romberg d'un anévrysme de la carotide interne comprimant le ganglion de Gasser du côté gauche), les exostoses, les inflammations, les fractures et les caries des os, les néoformations méningées soit d'ordre syphilitique soit d'origine tuberculeuse ou cancéreuse.

Les causes intrinsèques sont les tumeurs des nerfs développées soit aux dépens du tissu conjonctif (fibromes, kystes, gliomes), soit aux dépens du tissu nerveux lui-même (névromes), et les névrites : névrites survenant à la suite d'infections aiguës (grippe, rougeole, typhoïde) ou chroniques (syphi-

lis, paludisme, tuberculose?), ou bien encore névrites ascendantes occasionnées par les affections périphériques des cavités de la face, persistant même après la suppression ou la guérison de la cause primitive, ce qui sera discuté plus loin.

Les Professeurs Pitres et Verger ont indiqué, en 1906, un moyen simple et pratique de mettre en évidence cliniquement le siège exo ou endocranien du processus irritatif : l'injection de cocaïne dans la zone douloureuse périphérique où le malade localise le point de départ des élancements douloureux. Si cette zone correspond au siège réel de l'irritation, l'injection fait disparaître un certain temps la douleur continue et prévient les paroxysmes imminents; si le patient est abusé par ses centres nerveux et que la cause réside à l'intérieur du crâne, l'injection de cocaïne est sans effet ainsi que dans le cas de névralgie essentielle.

L'irritation des méninges juxta-gassériennes, qu'elle soit la cause ou la conséquence de l'irritation du ganglion de Gasser, peut encore se révéler par la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, mise en évidence par Pitres, dans trois cas de névralgie rebelle du trijumeau, et par Sicard, deux fois sur sept sujets atteints de la même affection.

Enfin, Fernand Lévy a décrit, en 1912, sous le nom de syndrome gassérien, les aspects cliniques traduisant l'irritation extrinsèque ou intrinsèque du ganglion; nous résumerons donc sa description :

Lévy distingue les trois phases cliniques suivantes :

- 1° Phase de douleurs névralgiques;
- 2° Phénomènes paralytiques;
- 3° Troubles trophiques plus ou moins constants.

Les phénomènes douloureux qui ouvrent la scène persistent pendant toute l'évolution ou sont seulement passagers, durant à peine quelques jours pour faire rapidement place aux signes de paralysie. Ils sont tout d'excitation : douleurs névralgiques continues et crises paroxystiques en « décharges électriques ». Les accès, d'abord éloignés, puis quotidiens, se rapprochent et deviennent subintrants. Les trois branches du tri-

jumeau ne sont pas prises en même temps, mais sont envahies progressivement. Le plus souvent, l'ophtalmique est le premier touché; le sujet accuse de vives douleurs frontales, des élancements irradiant de la région sus-orbitaire au sinciput, et occupant le cadran correspondant au territoire de la 1^{re} branche. Les crises peuvent se limiter à son domaine (observation de Lanceraux) ou, au contraire, la névralgie envahit également le nerf maxillaire supérieur, puis atteint le nerf maxillaire inférieur : tout l'hémiface est alors douloureux. Les points d'émergence des nerfs sus, sous-orbitaire, dentaire inférieur, sont très sensibles à la pression.

Les phénomènes paralytiques surviennent au bout d'un temps variable parfois (quinze jours, un mois), parfois long (un à deux ans) :

1° Paralysie du trijumeau sensitif : la sensibilité objective est diminuée, quelquefois abolie dans une partie ou dans tout un hémiface. Dans certains cas « on peut suivre la projection anatomique du nerf avec l'épingle » ;

2° La paralysie de la branche motrice du trijumeau n'est pas rare, d'où diduction des mâchoires, projection du maxillaire inférieur vers le côté, sain, désengrènement des arcades dentaires, déviation du menton. Quand les masticateurs ne sont pas paralysés, leur excitabilité paradique est souvent très diminuée.

Les troubles trophiques enfin, les derniers en date, ne sont pas toujours constants. L'œil est le premier touché : ce peut être une légère photophobie, une simple rougeur de la conjonctive accompagnée de larmoiements; d'autres fois, c'est la kératite neuroparalytique et même la fonte purulente de l'œil. Les troubles trophiques peuvent encore siéger au niveau des dents (carie et chute des dents).

L'évolution du syndrome gassérien est réglé par la gravité de la cause; il peut se rencontrer pur, mais plus souvent il s'associe à des paralysies d'autres nerfs de voisinage.

CHAPITRE III

TOPOGRAPHIE DES EPINES IRRITATIVES ALVEOLO-DENTAIRES

Nous les énumérerons en trois groupes, selon qu'elles siègent au niveau des dents, des alvéoles ou des maxillaires.

1° Les dents.

L'*usure* ou abrasion mécanique des dents survient avec l'âge et s'observe au niveau des surfaces masticatrices de toutes les dents dont les tubercules et les jointes s'émoussent, s'affaissent, tendant à rendre ces surfaces régulières et planes; l'émail érodé, usé, finit par mettre à nu l'ivoire qui est attaqué à son tour. Il est bien entendu que toutes les causes dystrophiques de décalcification organique ne peuvent qu'accroître cette usure physiologique qui par ailleurs « est plus ou moins précoce et, à âge égal, plus ou moins prononcée selon les races » (Broca). L'on conçoit que mécaniquement l'abrasion en elle-même soit déjà une première source d'irritation vis-à-vis des fibrilles nerveuses, surtout lorsqu'elle entraîne la mise à nu de la chambre pulpaire, mais il s'y joint fréquemment un élément infectieux car elle ne peut que favoriser l'accès des microbes pathogènes vers l'intérieur de la dent. De son côté la pulpe réagit par un processus de défense tendant à l'obturation des régions dénudées sous l'influence mécanique : la calcification de la pulpe chez le vieillard, les pulpites calcaires ou concrémentielles, ne sont le plus souvent que la conséquence de l'abrasion mécanique.

L'érosion chimique ou entaille cunéiforme vestibulaire des collets, s'attaque elle aussi aux tissus durs pour les détruire. Selon Dieulafoy et Herpin « une action prédisposante peut être créée par la disposition réciproque de l'émail et du ciment qui, dans certains cas, n'arrivent pas à se juxtaposer au niveau du collet et laissent à nu une petite zone d'ivoire. Les agents vulnérants agissent alors plus efficacement sur une substance moins résistante par sa constitution que les tissus ordinairement exposés. Même lorsque l'émail recouvre le collet, il est à ce niveau d'une minceur extrême ». On a beaucoup discuté sur la pathogénie exacte de cette érosion, en coup de hache transversale, des collets par leur face vestibulaire; la théorie la plus répandue semble être la théorie mécano-chimique, qui invoque l'action décalcifiante des sécréta acides des glandes muqueuses, aidée par l'usage de la brosse et de certaines poudres dentifrices. Quoi qu'il en soit de la pathogénie exacte, l'irritation mécanique et l'élément infectieux qui se surajoute souvent ne peuvent qu'exciter les terminaisons nerveuses, surtout lorsque la destruction atteint la chambre pulpaire.

Les fractures de dents peuvent se produire à la suite d'une chute, d'un coup, d'une mastication intempestive d'un corps dur quelconque. Il existe des causes prédisposantes : la décalcification organique et certaines affections nerveuses telles que le tabès (on a cité des fractures spontanées dans ce dernier cas). Ce sont les fractures mettant à nu la chambre pulpaire ou son voisinage, avec esquilles minuscules, qui peuvent engendrer de vives douleurs par irritation ou infection surajoutée.

Les affections dentaires de nature infectieuse sont improprement décrites sous le terme général de carie dentaire, la destruction de l'émail, tissu passif, n'ayant rien de comparable à celle de l'ivoire et de la pulpe, qui réagissent (Cavalié). C'est donc à tort que l'on dit carie du 1^{er} degré pour désigner la destruction de l'émail et carie du 2^e degré celle de l'ivoire puisque le même terme est appliqué à deux affections très dif-

férentes par leur façon de se comporter vis-à-vis des germes infectieux. Voici d'ailleurs la classification indiquée par le Professeur Cavalé :

« La carie de l'émail est le premier degré. Je conserve ici le terme de carie pour montrer la passivité du tissu envahi, disloqué par les agents microbiens.

» Les dentinites représentent les autres degrés; ce sont de vraies maladies locales.

» 1° Dentinites non pénétrantes (appelées à tort carie du 2° degré ou carie de l'ivoire), sans participation de la pulpe.

» 2° Dentinites pénétrantes, dans lesquelles la cavité pulpaire est intéressée; la pulpe s'infecte en conservant ou non son intégrité fonctionnelle.

» 3° Dentinites pénétrantes avec mortification de la pulpe.

» 4° Les cémentites, qui peuvent être primitives ou consécutives à une péri-odontite. »

De toutes ces affections infectieuses frappant les tissus de la dent elle-même, ce sont celles qui réalisent l'inflammation de la pulpe (pulpites aiguës et chroniques) qui peuvent engendrer les crises névralgiques.

2° Les alvéoles.

Il n'est pas rare d'observer sur les racines de dents extraites, avec lesquelles elles étaient incluses dans l'alvéole, de toutes petites tumeurs, *granulomes* apicaux et péri-apicaux; elles sont constituées par des débris épithéliaux paradentaires (Malassez), englobés dans un tissu conjonctif inflammatoire. Selon Redier, l'inflammation de la dent correspondante est à la base de leur développement; ajoutons que l'extraction de la dent est souvent nécessitée par les violentes douleurs que détermine le développement de la petite tumeur, à moins qu'on en fasse l'ablation à travers la paroi alvéolaire.

La *synostose* du ciment avec la paroi alvéolaire, due à l'hypertrophie du ciment sous une influence difficile à élucider, réalise une irritation mécanique facile à comprendre des filets

nerveux alvéolaires; le ligament alvéolo-dentaire perd toute élasticité (ankylose de la racine).

Les *arthrites alvéolo-dentaires*, autrefois appelées *périostites alvéolaires*, sont les inflammations aiguës ou chroniques du ligament alvéolo-dentaire par lequel chaque racine est solidement fixée à la paroi alvéolaire. L'arthrite peut être indépendante de toute inflammation dentaire, débutant au niveau du collet de la dent (forme légère); plus souvent, elle est secondaire à une dentinite pénétrante s'étant propagée au sommet de la racine : elle est dans ce cas plus tenace et provoque de vives douleurs spontanées dans sa forme aiguë, douleurs toujours prêtes à se réveiller dans sa forme chronique. Les abcès dentaires et la fluxion sont eux-mêmes secondaires à l'arthrite.

La *pyorrhée alvéolo-dentaire* a, elle aussi, son siège dans le ligament alvéolo-dentaire puisqu'on la nomme encore polyarthrite alvéolo-dentaire; elle est caractérisée par « une suppuration tenace, fétide, qui aboutit peu à peu à l'ébranlement et à la chute des dents » (Pont). Les crises névralgiques des pyorrhéiques surviennent surtout à la période d'état; au début de l'affection, on note un agacement caractéristique des dents.

Chaque alvéole se trouve séparée de ses voisines par une cloison osseuse verticale : le *septum osseux inter-alvéolaire* et des languettes gingivales s'insinuent entre les dents pour recouvrir son pourtour. Les infections de la dent d'une part, des gencives de l'autre, peuvent s'insinuer à ce niveau en passant inaperçues. La dent une fois soignée et obturée ou la gingivite générale traitée, il peut subsister ce petit foyer local d'infection souvent méconnu; l'ostéite s'installe et le septum se nécrose, source d'irritations bien difficile à déceler sans la radiographie et qui se traduit par des douleurs paraissant provenir ou d'une dent saine ou d'une dent parfaitement traitée.

Enfin, *les alvéoles même déshabitées* peuvent être le point de départ de crises atroces de névralgie faciale que Gross (de Philadelphie) a décrites pour la première fois, en 1870, sous le nom de névralgie des édentés. Ces douleurs surviennent habituellement chez des gens âgés, à la suite de la chute des dents;

elles peuvent aussi survenir à la suite de nombreuses extractions dentaires (Duplay). Il n'en fallait pas plus pour que cette forme spéciale de prosopalgie n'ait été longtemps produite par certains comme la meilleure preuve que l'origine dentaire de la névralgie faciale était une erreur de jugement. Le bon sens a cependant triomphé et il est admis de tous actuellement que les crises sont déclanchées par la compression irritative qu'occasionne la cicatrice du pédicule vasculo-nerveux de la dent, ou encore par l'irritation des filets nerveux alvéolaires par les débris et les fongosités qui subsistent dans l'alvéole une fois la dent sortie d'une manière ou d'une autre.

3° Les maxillaires.

Nous aurons surtout en vue les causes dues à la présence du système dentaire au niveau de ces os, indépendamment des affections communes au tissu osseux en général (inflammations, nécroses, tumeurs). Toutefois nous ne pouvons passer sous silence les douleurs terminales du sarcome des mâchoires et celles qui accompagnent l'évolution de l'épithélioma térébrant.

Les causes de névralgie liées à la présence du système dentaire sont les suivantes :

Les difficultés d'éruption des dents permanentes surviennent au moment de la chute des 20 dents temporaires et de leur remplacement par les 20 dents permanentes correspondantes, phénomènes précédés de l'éruption des 4 premières grosses molaires (dents de six ans) et suivis par celle des 4 secondes grosses molaires (dents de douze ans). Les troisièmes grosses molaires, ou dents de sagesse, font leur éruption bien plus tard et présentent une pathologie spéciale (accidents de la dent de sagesse). Il peut se produire des irritations mécaniques : évolution prématurée des dents permanentes venant butter contre les dents temporaires, anomalies de nombre (augmentation) et manque de place, anomalies de direction (la cou-

ronne d'une dent en évolution venant comprimer les racines et les filets nerveux d'une dent déjà sortie. Les accidents infectieux jouent aussi un rôle (Cruet) : « Lorsque la dent est sur le point de faire son éruption, qu'elle a aminci la gencive à un degré assez avancé, la muqueuse se laisse facilement pénétrer par les éléments infectieux qui se trouvent dans la bouche; entre le sommet de la dent et la muqueuse amincie se produit un petit foyer infectieux qui peut s'étendre en profondeur. » Il peut encore se faire que, une fois la face masticatrice parvenue au niveau de celle des autres dents, il subsiste une sorte de pont formé par la muqueuse passant au-dessus d'elle (capuchon muqueux), qui ne tarde pas à être trituré lors de la mastication et à s'ulcérer : l'infection locale est encore constituée, et peut gagner l'alvéole.

Les accidents des dents de sagesse sont généralement décrits à part des difficultés d'éruption des autres dents; la sortie de ces dents s'opère en moyenne entre 18 et 25 ans. L'irritation nerveuse peut être encore d'origine mécanique : Magitot, Reclus, accusent le manque de place sur le rebord alvéolaire; la dent de sagesse est prise entre la branche montante et la 2^e grosse molaire et évolue dans l'espace restreint que lui laisse un maxillaire insuffisamment développé. Sous l'influence des poussées ascensionnelles les tissus voisins sont irrités, la gencive au-dessus se gonfle et se soulève. Au facteur mécanique constant s'ajoute alors l'élément infectieux : la gencive boursoufflée s'ulcère et s'enflamme, l'infection se transmet au sac folliculaire, au ligament alvéolo-dentaire, au tissu osseux déjà comprimé et irrité.

Les inclusions dentaires peuvent intéresser toutes les dents, mais plus fréquemment il s'agit de dents de sagesse. « La dent incluse est souvent une dent en ectopie dont l'éruption est gênée par sa direction vicieuse ou par un défaut de place au niveau de l'arcade » (Dieulafoy et Herpin.) Les dents incluses subissant des poussées ascensionnelles et gênées dans leur évolution provoquent autour d'elles des phénomènes irritatifs parfois suivis de nécrose.

Les *tumeurs d'origine dentaire* sont celles qui proviennent des tissus de la dent elle-même ou des débris épithéliaux paradentaires qui sont inclus avec elle dans l'alvéole et que Malassez a décrits. Ces tumeurs peuvent être solides ou liquides (en ce cas on les appelle kystes), ou encore mixtes, résultant de l'association des deux variétés.

Ombredanne les a classées de la façon suivante :

- 1° Tumeurs développées au dépens de l'émail, leur développement ayant entraîné l'absence d'éruption de la dent : Adamantomes (tumeurs solides) et kystes adamantins (liquides).
- 2° Tumeurs développées au dépens des tissus adultes de la dent : odontomes (solides), kystes dentifères (liquides).
- 3° Tumeurs développées au dépens des débris épithéliaux paradentaires entourant une dent normale : parodontomes (solides) et kystes paradentaires (liquides).

Au point de vue étiologique qui nous intéresse, nous dirons que les tumeurs liquides ne donnent pas lieu à névralgie, sauf lorsque le kyste irrite et comprime le nerf mentonnier au niveau du trou mentonnier, le nerf sous-orbitaire à la sortie du canal sous-orbitaire (Cavalié), ou lorsque l'infection de la poche kystique est réalisée.

CHAPITRE IV

MODES D'ACTION DES EPINES IRRITATIVES ALVEOLO-DENTAIRES; ANATOMIE SYSTEMATIQUE DU TRIJUMEAU

Par quel mécanisme l'une ou l'autre de ces causes locales que nous avons énumérées au chapitre précédent arrive-t-elle à déclencher les crises douloureuses qui seront décrites plus loin?

La douleur en elle-même n'est pas un simple état physiologique puisque, pour être ressentie, elle nécessite un état de conscience et par conséquent un phénomène psychique, tout à fait individuel du reste, puisque certains sont plus sensibles à la douleur que d'autres; ceci nous mène à croire que toute douleur est d'origine centrale. L'on sait bien une chose depuis les recherches de Charles Richet, c'est que la douleur, pour être produite, demande des excitations répétées, par addition (ou sommation), lorsque ces mêmes excitations séparées une à une n'ont pas d'effet douloureux. Aussi bien, Pitres et Vaillard pensent que la « douleur résulte de la décharge des centres nerveux, préalablement mis en état d'éréthisme fonctionnel par des excitations trop vives ou par la sommation d'excitations légères, mais continues ou trop fréquemment répétées ».

En ce qui concerne la réaction douloureuse traduisant l'irritation du nerf trijumeau au niveau des arcades dentaires, nous pouvons penser que cette irritation est réalisée selon deux modes différents : dans un cas, l'action mécanique de certaines épines irritatives ne fait aucun doute et l'on peut dire que les phénomènes cliniques observés sont d'ordre purement

réflexe; mais, par ce que nous savons de la nature infectieuse du plus grand nombre de ces épines irritatives, il est permis de penser que les mêmes microbes et leurs toxines qui s'attaquent aux tissus de la dent et de son alvéole s'attaquent aussi à la substance nerveuse et peuvent réaliser son inflammation.

Nous envisagerons donc une action purement réflexe et une action infectieuse, de la part des différentes épines irritatives alvéolo-dentaires.

1° Action réflexe.

Le mot réflexe n'a pas toujours ici sa vraie signification, un réflexe désignant habituellement la transmission des irritations sensitives parvenues à leurs neurones à des neurones moteurs (dont le nerf périphérique traduit la réaction), par l'intermédiaire des neurones connecteurs. Si ce phénomène se produit lorsque les irritations du trijumeau se transmettent à d'autres nerfs craniens moteurs, dans la majorité des cas il s'agit de la transmission de ces irritations à d'autres neurones sensitifs qui nous les feront percevoir comme si elles se produisaient dans leurs propres terminaisons périphériques : c'est la loi générale de propagation des irritations sensitives au delà de leur centre.

Il est indéniable qu'il existe des cas typiques où la simple ablation d'une dent, la suppression d'une irritation mécanique quelconque, ont amené comme par enchantement la disparition complète de tous les phénomènes névralgiques observés : Ferrier en a donné de nombreux exemples et en a fait l'objet de sa thèse inaugurale. Il s'agit bien là de cas réflexes de névralgies entretenues par la sommation d'excitations répétées, lesquelles une fois supprimées amènent la disparition des crises, des « décharges centrales » de Pitres et Vaillard, traduisant périphériquement l'irritation continuelle des terminaisons centrales des fibres nerveuses en cause, et celles des groupes cellulaires voisins. Telles sont du moins les données classiques; nous verrons plus loin que le trijumeau présen-

tant des connexions périphériques directes avec d'autres nerfs craniens moteurs (para-sympathiques) et le système sympathique, il n'est pas osé d'admettre également dans certains cas une transmission directe des excitations sensibles à ces filets nerveux par l'intermédiaire des groupes cellulaires (ganglions) rattachés à chacun de ses troncs, qui seraient des centres réflexes périphériques.

2° Action infectieuse.

La névralgie du trijumeau peut être engendrée et entretenue par un foyer infectieux alvéolo-dentaire; elle peut également disparaître à la suite du traitement de ce foyer par les moyens antiseptiques et chirurgicaux. Comment donc se comporte la terminaison nerveuse vis-à-vis de l'infection locale? Les recherches anatomo-pathologiques sont malheureusement rares sur ce point, et en tout cas fort difficiles. Les recherches expérimentales le sont moins et, nous fiant aux travaux de Weir-Mitchell, Vulpian, Sicard et Bauer, d'Abundo, qui ont réalisé l'inflammation locale, microscopiquement décelable, d'un cordon nerveux par l'injection de toxines microbiennes, de cultures ou de substances irritantes dans son voisinage immédiat, nous dirons que l'inflammation locale des terminaisons alvéolo-dentaires du trijumeau doit se réaliser dans certains cas.

Mais où nous tombons en plein débat scientifique, c'est lorsque nous nous demandons jusqu'où peut s'étendre cette inflammation; si un processus de névrite ascendante peut lui succéder, remontant plus ou moins haut le long du cordon nerveux. Dans cet ordre d'idées, les recherches de Berthold-Spitzer, de Scalone et Scuderi sont fondamentales : Berthold-Spitzer injecte de l'essence de térébenthine dans la pulpe dentaire des chiens, puis il examine à des dates diverses le trijumeau correspondant et y constate un processus de névrite ascendante remontant jusqu'au ganglion de Gasser; Scalone et Scuderi ont exécuté des recherches dans le même sens et ont

obtenu des résultats analogues. Ces expériences d'ordre physiopathologique sont tout à fait intéressantes.

D'autre part, l'on sait que de nombreux examens anatomo-pathologiques ont été réalisés à la suite des résections nerveuses et des gasserectomies pratiquées dans des cas de névralgies faciales particulièrement rebelles et cataloguées essentielles; il faut citer, en particulier, les travaux de Krause, Dana, Putman, Horsley, Laveran, Romberg, Pitres, Widhånd et Singer, etc., qui ont mis en évidence les lésions de sclérose et de dégénérescence parenchymateuse des cordons nerveux, ainsi que la sclérose ganglionnaire et les altérations cellulaires du ganglion de Gasser, rencontrées dans presque tous ces cas.

Peut-on essayer d'établir un rapprochement entre ces constatations et les quelques faits que nous avons rapportés plus haut; peut-il y avoir un lien entre l'infection nerveuse terminale de la névralgie symptomatique et les altérations tronculaires ou ganglionnaires de la névralgie rebelle souvent cataloguée essentielle? Il s'agit là, nous le répétons, d'un débat scientifique où de grandes voix se font entendre : c'est celui de la névrite ascendante. Personnellement, nous nous refusons à dresser une barrière rigide entre la névralgie symptomatique et la névralgie dite essentielle; nous pensons qu'il existe des degrés de transition et que telle prosopalgie cataloguée dans la suite rebelle et essentielle ne l'aurait peut-être pas été si le véritable traitement approprié et notamment le traitement anti-infectieux avait été appliqué à la terminaison périphérique du nerf longtemps auparavant. A l'appui de cette manière de voir, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ces lignes autorisées de Pitres et Vaillard : « Il est probable que le ganglion est souvent seul atteint, mais il n'est pas impossible que ses altérations soient parfois consécutives à des névrites périphériques », et, plus loin, « les organes dans lesquels se distribue la cinquième paire, en particulier la bouche et le nez, sont d'excellents foyers de culture où végètent et pullulent un grand nombre d'agents pathogènes,

dont les uns, s'infiltrant dans les extrémités terminales du trijumeau, remontent par voie nerveuse jusqu'au ganglion de Gasser et donnent ainsi lieu aux prosopalgies symptomatiques. »

Qu'elle soit de nature réflexe ou infectieuse, l'irritation d'un point quelconque du trijumeau peut se propager avec la plus grande facilité aux autres branches de ce nerf et aux parties nerveuses avec lesquelles il entre en connexion : nous allons donc maintenant les étudier.

3° Le trijumeau ; ses connexions.

Le trijumeau ou nerf de la cinquième paire est le plus volumineux des nerfs craniens; c'est un nerf mixte présentant la plus grande analogie avec les nerfs rachidiens. Il possède en effet deux racines, l'une motrice, l'autre sensitive, cette dernière étant pourvue d'un ganglion. Par ses filets sensitifs, le trijumeau tient sous sa dépendance la sensibilité de la face et de la moitié antérieure de la tête. Par ses filets moteurs, il innerve tous les muscles masticateurs, le muscle du marteau et le péristaphylin interne.

Origines apparentes. — Il naît sur le côté externe de la face inférieure de la protubérance, au moment où cette dernière se confond avec les pédoncules cérébelleux moyens. Cette origine se fait par deux racines, une grosse et une petite; la grosse racine est sensitive, la petite est motrice (c'est le nerf masticateur des physiologistes).

Trajet. — De la face inférieure de la protubérance, les deux racines du trijumeau se dirigent obliquement en haut, en avant et en dehors, vers la partie interne du rocher.

La grosse racine, après sa sortie du névraxe, s'applatit peu à peu dans le sens vertical de façon à présenter deux faces, une supérieure, une inférieure; arrivée au bord supérieur du rocher, elle s'engage dans un orifice que lui ménagent le bord de l'os et la dure-mère sus-jacente, représentée à ce niveau

par la grande circonférence de la tente du cervelet. Cet orifice conduit notre racine dans un dédoublement de la dure-mère, le cavum de Meckel, situé sur la face antérieure du rocher, à sa partie interne; en y pénétrant, les fibres de la racine s'applatissent de plus en plus pour former un véritable plexus triangulaire, qui aboutit au bord postérieur du ganglion de Gasser.

La petite racine longe le côté interne de la grosse racine jusqu'au cavum de Meckel; elle s'engage alors sous elle, se dirigeant vers son côté externe, et glisse ensuite sous le ganglion de Gasser, sans y adhérer, pour atteindre l'origine du nerf maxillaire inférieur, avec lequel elle se fusionne.

Le ganglion de Gasser est un renflement ganglionnaire situé sur le trajet de la racine sensitive du trijumeau, homologue du ganglion spinal des nerfs rachidiens, dont il possède la structure. Vu extérieurement, il apparaît comme une masse de substance nerveuse, d'un gris jaunâtre, couchée sur la partie interne de la face antérieure du rocher et incluse dans un dédoublement de la dure-mère, le cavum de Meckel. Il est constitué histologiquement par des cellules volumineuses à prolongement unique bifurqué en T, analogues à celles des ganglions spinaux; elles sont entourées d'une gaine à cellules endothéliales que doublent extérieurement et intérieurement des fibres amyéliniques agencées en plexus et provenant, d'après Kankoff, de cellules moins volumineuses situées dans le ganglion à côté des grosses cellules. Chaque fibre en T se bifurque après un court trajet en deux branches divergentes, une interne qui se rend à la protubérance en suivant la grosse racine, une externe qui se dirige vers l'une des trois branches du trijumeau et se porte avec elle à la périphérie.

Par son côté interne, le ganglion de Gasser reçoit un ou plusieurs filets sympathiques venant du plexus caverneux; il donne par contre quelques filets sensitifs à la dure-mère.

Du bord inférieur et antérieur du ganglion de Gasser

s'échappent trois troncs qui divergent immédiatement; ce sont, en allant de dedans en dehors :

- 1° Le nerf ophtalmique de Willis, qui pénètre dans l'orbite à travers la fente sphénoïdale;
- 2° Le nerf maxillaire supérieur, qui sort du crâne par le trou grand rond;
- 3° Le nerf maxillaire inférieur, qui traverse le trou ovale.

A chacun de ces troncs, et en un point plus ou moins éloigné de son origine, mais toujours en dehors de la cavité crânienne se trouve annexé un petit ganglion qui possède des rameaux afférents sensitifs, moteurs et sympathiques, et des rameaux efférents; ces ganglions renferment des cellules à type sympathique et d'autres à type spinal. Ce sont :

- 1° Pour l'ophtalmique, le ganglion ophtalmique;
- 2° Pour le maxillaire supérieur, le ganglion sphéno-palatin ou ganglion de Meckel;
- 3° Pour le maxillaire inférieur, le ganglion otique ou ganglion d'Arnold.

Par leurs branches de distribution périphérique (que le cadre de ce travail ne nous permet pas de développer), les trois troncs du trijumeau et leurs ganglions assurent l'innervation d'un vaste territoire sensitif que nous avons déjà indiqué au début du chapitre II.

Connexions du trijumeau avec le sympathique cervical (péricarotidien). — Le sympathique péricarotidien, formant un plexus finement intriqué autour de la carotide au moment de son passage dans le rocher s'anastomose avec les différentes branches du trijumeau.

Le ganglion ophtalmique reçoit par sa corne postéro-interne un rameau du nerf nasal qui lui apporte en même temps un filet sympathique, le filet sympathique ophtalmien; selon Krause le ganglion ophtalmique lui-même serait formé de deux petits ganglions, dont l'un serait entièrement sympathique. Les nerfs ciliaires, qui émanent des cornes antérieures

du ganglion, se dirigent vers le globe de l'œil, dont ils perforent la sclérotique tout autour de l'entrée du nerf optique : cheminant ensuite dans la *lamina fusca*, entre la sclérotique et la choroïde, comme autant de méridiens, ils atteignent la face externe du muscle ciliaire, où ils forment un plexus d'où s'échappent une multitude de petits filets nerveux destinés à ce muscle, à l'iris et à la cornée. Ces filets nerveux comprennent des filets sympathiques vaso-dilatateurs qui contribuent à régler le mécanisme de l'accommodation, en assurant la mydriase.

Le ganglion sphéno-palatin, lui aussi, reçoit des filets sympathiques par l'intermédiaire du nerf vidien, dont l'une des branches d'origine émane du plexus péricarotidien.

Le ganglion otique reçoit un filet sympathique très grêle qui lui est envoyé par le plexus entourant l'artère méningée moyenne.

Enfin, le ganglion sous-maxillaire, renflement ganglionnaire annexé au nerf lingual, branche du nerf maxillaire inférieure, reçoit un filet sympathique du plexus sympathique qui entoure l'artère faciale. Les filets qui émanent de ce ganglion vont à la glande sous-maxillaire.

Connexions du trijumeau avec le para-sympathique cervico-cranien. — Une branche du nerf moteur oculaire commun, ou nerf de la III^e paire, va au ganglion ophtalmique. Cette branche amènerait des fibres parasympathiques venant des noyaux tectaux parasympathiques de III (Guillaume), qui sont ensuite incorporées aux nerfs ciliaires où elles sont les antagonistes des fibres sympathiques dans le mécanisme de l'accommodation : ce sont elles, en effet, qui provoquent le myosis.

Le parasympathique du nerf maxillaire supérieur est mal connu; il arriverait par le nerf sécrétoire du nerf glossopharyngien ou nerf de la IX^e paire.

Enfin, le para sympathique du nerf maxillaire inférieur arrive par le nerf facial qui s'anastomose avec le nerf lingual, branche du nerf maxillaire inférieur, par l'intermédiaire de

la corde du tympan. Les fibres parasympathiques du facial atteignent ensuite, par la voie du lingual, les glandes sous-maxillaire et sublinguale où elles sont encore les antagonistes des fibres sympathiques dans la sécrétion de ces glandes

En résumé, l'on peut dire que le trijumeau dans tous ses troncs et, partant, dans toutes ses branches, renferme des filets sympathiques et parasympathiques; les uns se localisent dans les ganglions, les autres s'incorporent aux branches et jouent un rôle physiologique important pour les organes auxquels se distribuent ces branches (système neuro-végétatif); pour le nerf ophtalmique, ils ont un rôle dans le mécanisme de l'accommodation; pour le maxillaire inférieur, un rôle dans la sécrétion des glandes sous-maxillaires et sublinguale

Origines et terminaisons réelles des fibres constitutives du trijumeau. — On sait que chaque nerf, qu'il soit crânien ou rachidien, accomplit un trajet caché à l'intérieur du névraxe, qui le relie à ses noyaux d'origine s'il est un nerf moteur centrifuge, à ses noyaux de terminaisons s'il est un nerf sensitif centripète, et que, d'autres fibres partent de ces mêmes noyaux pour les relier soit à des noyaux voisins, soit, en définitive, à l'écorce cérébrale.

Les fibres constitutives de la racine motrice du trijumeau proviennent du noyau masticateur situé profondément dans la partie latérale de la calotte protubérantielle, et de son noyau accessoire situé au-dessous. Le noyau masticateur est l'aboutissant d'un certain nombre de fibres du faisceau géniculé provenant de la zone motrice de l'écorce cérébrale; ces fibres sont croisées. Il reçoit, en outre, des collatérales du trijumeau sensitif affectées aux mouvements réflexes.

La terminaison réelle du trijumeau sensitif, émané en entier finalement du ganglion de Gasser, se fait dans trois noyaux différents qu'il atteint après s'être subdivisé à l'intérieur de la protubérance en trois racines secondaires : ce sont, en allant de bas en haut, le noyau gélatineux, le noyau moyen et le noyau du *locus coeruleus*. D'autres fibres émanent de ces noyaux; les unes s'entrecroisant avec celles du côté opposé,

les autres pas, elles se mêlent aux fibres de la portion fondamentale du ruban de Reil et gagnent avec elles le thalamus et l'écorce cérébrale. Qu'elles soient directes ou croisées, ces fibres abandonnent de nombreuses collatérales qui se terminent les unes dans les noyaux moteurs bullo-protubérantiels (en particulier dans le noyau ambigu, le noyau masticateur et le noyau du facial), les autres dans la formation réticulaire; d'autres, enfin, vont au cervelet, ce qui explique certains vertiges réflexes observés (Bisi).

Si l'origine réelle médullaire (cordon intermedio-latéral) des fibres sympathiques motrices et vaso-motrices se trouve démontrée en ce qui concerne le sympathique thoracique et abdominal, l'origine réelle bulbaire du sympathique cervico-cranien n'est pas une notion classique ni un fait aussi facilement démontrable que l'intrication périphérique mentionnée plus haut. Il semble bien, néanmoins, d'après les données anatomiques récentes que la moelle allongée puisse être considérée, au même titre que la moelle, comme un des centres d'origine du grand sympathique. Le lieu de convergence de tous les nerfs sympathiques de la face se trouverait être la racine sensitive du trijumeau et le ganglion de Gasser. Ce point est mis hors de doute par les expériences des physiologistes (Dastre et Morat, François-Frank). Cela ne prouve cependant pas que le ganglion de Gasser soit un ganglion sympathique, non, c'est seulement un lieu de passage des fibres sympathiques qui traversent ultérieurement d'autres ganglions placés sur le trajet des branches du trijumeau (ganglions ophtalmique, sphéno-palatin, otique, sous-maxillaire), qui, ceux-là paraissent bien appartenir en totalité ou en partie au grand sympathique.

En ce qui concerne les fibres parasympathiques incorporées au trijumeau et qui ont leurs origines dans les noyaux du III (noyaux tectaux), du IX (?) et du VII, il semble bien qu'elles soient toutes motrices. Existe-t-il des fibres sympathiques sensitives, ou bien les réflexes sympathiques que nous décrivons tout à l'heure, ont-ils uniquement pour origine les exci-

tations sensibles des terminaisons sensibles du trijumeau? Cette question est actuellement insoluble.

En résumé, l'étude des modes d'action des épines irritatives et celle des connexions périphériques et centrales du trijumeau nous permettra d'expliquer les phénomènes cliniques qui peuvent être observés lors de l'irritation de ce nerf : cette dernière pouvant se localiser périphériquement, ou être irradiée sur une branche, plusieurs branches, un tronc, plusieurs troncs, le plus souvent d'une façon unilatérale (il existe des cas rares de propagation bilatérale), ou enfin, se propager aux systèmes moteur, vaso-moteur et sécrétoire.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES

D'après ce que nous savons des fibres constitutives du trijumeau, l'on comprend qu'il ne saurait y avoir de démarcation nette entre les différentes formes cliniques que nous distinguerons : névralgie commune, névralgie avec phénomènes sympathiques et para, névralgie avec troubles moteurs. A vrai dire, il ne peut s'agir dans chaque cas que d'une prédominance accusée des fibres du type cérébro-spinal, ou des fibres du type sympathique, les fibres somatiques étant sensibles ou motrices (système moteur du trijumeau et système moteur facial proprement dit).

1° Névralgie commune d'origine alvéolo-dentaire.

Le premier degré de la névralgie d'origine dentaire, son terme le plus simple, c'est *l'odontalgie*. Si, sous sa forme banale, le mal de dents est une douleur très localisée et, par conséquent, pas une névralgie au sens véritable du mot, cela n'est vrai cependant qu'à la période tout à fait initiale : que les causes de la souffrance se prolongent ou s'aggravent, et la névralgie peut apparaître : douleur sourde, continue, accès paroxystiques, irradiations, dans tout le rameau atteint, puis dans les rameaux voisins, puis dans les rameaux éloignés. A ce stade, la douleur localisée est considérablement atténuée et, parfois même, a disparu.

Lorsque ces périodes se succèdent sans interruption chez le

même sujet, le processus apparaît simple, et s'impose avec évidence; il n'est pas toujours ainsi; plus souvent les stades de progression sont séparés par des accalmies, parfois très longues, et il faut rencontrer des patients très observateurs pour qu'ils soient capables d'avoir gardé de ces crises successives un souvenir assez net pour pouvoir les relier correctement entre elles.

A la période d'état, la névralgie du trijumeau est caractérisée, comme toute névralgie, par une douleur continue et par une douleur paroxystique revenant sous forme d'accès.

La description que nous pourrions en donner ne présentant rien de particulier, nous en empruntons les traits principaux à celle qu'a faite M. Boulay, dans le *Manuel de médecine*, de Debove et Achard : les accès sont parfois annoncés par une sensation mal définie de tension, de constriction, de fourmillement dans une moitié du visage, par des douleurs de dent mal localisées. Mais, le plus souvent, ils éclatent brusquement, sans symptômes précurseurs. La douleur est ordinairement intense; elle peut être atroce au point d'échapper à toute description. Le plus souvent, le malade la compare à celle que produirait une série de coups de canifs, une décharge électrique qui sillonnerait la face à la façon d'un éclair. La violence des décharges douloureuses arrache des cris au patient, lui fait prendre les postures les plus singulières et provoque chez lui les contorsions et les grimaces les plus bizarres. Certains cherchent un soulagement dans l'emploi de divers artifices : l'un applique fortement son mouchoir sur le côté affecté ou comprime avec sa main les points les plus douloureux; un autre frotte énergiquement la moitié de son visage jusqu'à le faire saigner; d'autres encore serrent fortement les mâchoires, grincent des dents ou appuient leur tête contre un corps dur. Le visage revêt l'expression des grandes douleurs et du désespoir.

L'acuité de la souffrance augmente jusqu'à l'apogée de l'accès. Au bout de quelques minutes, d'un quart d'heure dans les cas récents, celui-ci se calme, puis disparaît, ne laissant après lui qu'une sensation d'épuisement ou bien un endoloris-

sement local qui n'est rien en comparaison de la douleur paroxystique. Lorsque la névralgie est ancienne, la durée des accès est plus longue. La fréquence des paroxysmes varie dans chaque cas; ils reparaissent tous les jours ou plusieurs fois par jour, et souvent avec une certaine périodicité. On a compté jusqu'à cent accès dans les vingt-quatre heures. Les excitations les plus légères des téguments de la face suffisent parfois à en amener le retour. Chez certains malades, l'excitation provocatrice est toujours la même, aussi l'évitent-ils avec une véritable terreur : c'est tantôt un courant d'air, tantôt le contact de l'eau froide ou du rasoir, la mastication, le bâillement, l'éternuement, plus rarement une émotion, une lumière vive ou un bruit intense. L'articulation des sons est souvent pénible et la parole embarrassée; car dans la crainte de réveiller la douleur, le malade n'ose mouvoir sa langue ni contracter les muscles de la face.

Pendant les accès et, moins manifestement, dans leur intervalle, il existe des « points douloureux » (Valleix) sur le trajet des branches du trijumeau. Les trois principaux sont situés à peu près sur une même ligne verticale, à savoir au niveau du trou mentonnier, du trou sous-orbitaire et de l'échancrure sus-orbitaire. Le joint apophysaire de Trousseau ne fait pas défaut : il siège sur la tubérosité occipitale externe et sur les deuxième et troisième apophyses épineuses. Son existence est assez difficile à expliquer : on a voulu y voir une preuve de la participation des nerfs occipitaux à la névralgie faciale. En fait, il existe une foule de points douloureux accessoires propres à la névralgie de chacune des branches du trijumeau, ce qui permet de caractériser pour chacune d'elles une symptomatologie spéciale.

Névralgie du nerf maxillaire supérieur. — Quand le territoire entier de ce tronc est pris, la douleur occupe la paupière inférieure, les parties latérales du nez, la lèvre supérieure, les faces cutanée et muqueuse de la joue, la région malaire, la partie antérieure de la tempe, la rangée des dents supérieures. Les points douloureux principaux siègent au niveau du trou

sous-orbitaire, lieu d'émergence du nerf de ce nom (point sous-orbitaire), à la pommette dans le point où le filet temporo-malaire du nerf orbitaire traverse l'os malaire pour aller s'épanouir dans les téguments (point malaire); il peut encore y avoir autant de points dentaires qu'il y a de dents. Le point labial supérieur est peu important, et le point palatin se trouve rarement. Enfin, la névralgie peut être limitée à une branche du nerf maxillaire supérieur ou à de simples filets terminaux.

Névralgie du nerf maxillaire inférieur. — Elle a son siège dans les dents de la mâchoire inférieure, la lèvre correspondante, le menton, la moitié postérieure de la joue, la région temporale, la partie antérieure du pavillon de l'oreille, le conduit auditif externe, la langue, la muqueuse de la joue et du plancher de la bouche. Il existe deux points douloureux principaux : l'un à l'orifice du trou mentonnier, lieu d'émergence du nerf dentaire inférieur (point mentonnier), l'autre au-devant et un peu au-dessous du tragus, à l'endroit où le nerf auriculo-temporal, après avoir traversé la parotide, contourne le col du condyle pour aller se distribuer à la tempe et au pavillon (point auriculo-temporal).

Le nerf maxillaire inférieur est rarement pris dans son ensemble; mais il est fréquent que plusieurs de ses branches soient atteintes à la fois.

La localisation au nerf dentaire inférieur n'est pas rare; outre le point mentonnier, il existe un point douloureux à l'intérieur de la bouche, au niveau de l'épine de Spix.

On a observé également la névralgie isolée du nerf auriculo-temporal avec localisation de l'hyperesthésie douloureuse à la tempe, à la partie antérieure du pavillon et au conduit auditif externe.

La névralgie isolée du nerf lingual est caractérisée par une vive douleur se manifestant principalement pendant l'articulation des sons ou la mastication et se faisant sentir suivant une ligne qui va de la dernière molaire à la pointe de la langue; elle s'accompagne presque toujours d'hypersecretion salivaire.

Dans la névralgie limitée au nerf buccal, la douleur s'étend suivant une ligne allant de l'oreille à la partie moyenne de la joue; il existe trois points douloureux, l'un en avant du lobule de l'oreille, le deuxième près du bord antérieur du masséter, le dernier à la partie moyenne de la joue.

Il est bien entendu qu'une ou l'autre de ces variétés précitées peut se propager à un ou aux deux autres troncs du trijumeau, réalisant dans ce dernier cas le tableau de la névralgie trifaciale complète, unilatérale presque toujours; il existe cependant des cas rares de propagation bilatérale.

2° Névralgies avec phénomènes sympathiques et parasympathiques.

Ils manquent rarement : nuls dans l'intervalle des accès, les *troubles vaso-moteurs* se dessinent dès le début de l'accès, croissent ensuite jusqu'à l'apogée de la douleur et disparaissent avec elle. Le visage, souvent pâle au commencement du paroxysme, devient bientôt plus ou moins rouge; dans les cas intenses, toute la moitié de la face s'injecte et se tuméfie légèrement; on retrouve un certain degré d'hypérémie sur la conjonctive, qui peut devenir le siège d'un chémosis notable, sur la pituitaire du côté affecté, sur la moitié correspondante de la muqueuse buccale, où l'on a observé parfois un léger suintement sanguin des gencives. L'élévation de la température locale, des battements de la carotide, de la faciale et de la temporale accompagnent communément les crises douloureuses.

La *causalgie*, qui est elle aussi sous la dépendance des fibres sympathiques, peut apparaître, elle se caractérise par une sensation de chaleur exagérée, de cuisson des téguments, que le malade compare à l'effet que produirait une plaque de fer rougie au feu appliquée sur la région; elle s'accompagne d'une altération spéciale de la peau, qui est rouge, lisse et luisante, ou, au contraire, boursouflée, mais, dans tous les cas, crevassée par places, et est le siège d'une hyperesthésie remarquable. Ces troubles trophiques s'expliquent du reste par ce

qu'on sait du rôle des fibres sympathiques dans le métabolisme basal.

Les troubles sécrétoires, au cours de la névralgie du trijumeau, sont assez communément observés; ils sont nombreux et variés et apparaissent au cours des accès. Toutefois, à l'inverse des phénomènes vaso-moteurs, ils peuvent ne survenir qu'au moment du déclin des paroxysmes. L'augmentation de la sécrétion lacrymale est fréquente; les larmes ne sont pas seulement secrétées en plus grande abondance, elles sont encore altérées dans leur qualité : elles deviennent âcres et irritantes. L'hypersécrétion salivaire se traduit par un afflux de liquide salé dans la bouche, parfois accompagné d'une saveur métallique prononcée. Les modifications de la sécrétion nasale sont plus rares : elle peut être augmentée et teintée de sang.

Enfin, des gouttes de sueur viennent parfois perler au front pendant les violents accès ou se montrent dans la moitié de la face atteinte; plus rarement apparaissent des altérations nutritives des cheveux, de la barbe et des sourcils.

3° Névralgies avec propagation de l'irritation au système moteur jusqu'à simulation du tic douloureux de Trouseau.

L'irritation de la branche motrice du trijumeau se traduit par une contracture spasmodique des muscles masticateurs, qui immobilise le maxillaire inférieur dans son articulation (trismus) et, s'observe fréquemment au cours des névralgies liées aux accidents d'évolution des dents de sagesse.

Tout autre est l'aspect clinique de l'irritation propagée au système moteur proprement dit de la face.

A vrai dire, les troubles moteurs se bornent ordinairement à quelques mouvements spasmodiques des commissures, à un léger degré de blépharospasme au moment des accès. Parfois, cependant, les secousses sont assez violentes pour produire

dans la moitié correspondante du visage des contorsions qui rappellent celles du tic convulsif. Tout le monde connaît la description célèbre qu'en a faite Trousseau; nous ne pouvons mieux faire que de la rappeler ici :

Sous le nom de *névralgies épileptiformes*, Trousseau a décrit deux variétés spéciales de névralgie faciale, l'une convulsive, l'autre non convulsive, qui se rapprochent par leurs allures du vertigé et de l'aura épileptiques : elles en ont la soudaineté, la durée et surtout la presque incurabilité; l'analogie s'arrête d'ailleurs là. Dans la névralgie épileptiforme simple, non convulsive, le sujet, qui, un instant auparavant, témoignait hautement de l'absence de toute souffrance, est pris tout à coup d'une horrible douleur; il porte les mains à son visage, qu'il comprime ou frictionne avec une sorte de rage; il pousse de sourds gémissements, balance sa tête entre ses mains ou s'agite en frappant du pied avec emportement. La scène dure quelques secondes, une minute au plus, puis la douleur cesse aussi brusquement qu'elle avait apparu; l'individu reprend son sourire interrompu et le fil de sa conversation, jusqu'à ce que se reproduise un nouvel accès. Dans la forme convulsive les symptômes subjectifs sont les mêmes; mais il s'y ajoute, au moment des paroxysmes, des contractions rapides et involontaires et, parfois, des contractions toniques des muscles du visage : les traits sont entraînés du côté de la douleur et la face devient grimaçante. *C'est le tic douloureux de la face.*

Le nombre des paroxysmes est de dix, vingt, cent par vingt-quatre heures; il peuvent se répéter nuit et jour. Parfois ils surviennent coup sur coup, sous forme de crises accompagnées généralement d'une sécrétion abondante d'urine. Une émotion morale, une lecture prolongée, une brusque transition de température, éveille les accès. Certains malades ne peuvent boire, manger, tousser, parler sans être pris d'un paroxysme extrêmement douloureux. Le retour des accès est d'ailleurs des plus irréguliers : un jour, une semaine, plusieurs mois peuvent se passer sans accès et dans la plus parfaite tranquil-

lité; puis, quand le malade se croit guéri, les douleurs reviennent avec une fureur nouvelle pendant deux, trois, six mois, voire même un an. Le soulagement n'est donc jamais que momentané; l'affection reparaît avec une opiniâtreté désespérante, occupant toujours le même ordre de nerfs, pendant dix, vingt, trente ans et plus. Si certains traitements soulagent le malade, aucun ne parvient à le guérir.

Tel est le tableau clinique de la névralgie épileptiforme telle qu'elle a été décrite par Trousseau, et pouvant apparaître au cours d'une névralgie manifestement symptomatique.

Les troubles moteurs peuvent se traduire encore par des paralysies (paralysie faciale douloureuse, étudiée par Testaz, paralysie réflexe du moteur oculaire commun, dont Tinel a rapporté dernièrement une nouvelle observation).

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

La névralgie d'origine alvéolo-dentaire étant un symptôme, son diagnostic découle de la constatation des phénomènes cliniques que nous avons énumérés; il en est de même du reste pour les autres névralgies symptomatiques dont nous nous sommes efforcé d'énumérer les particularités selon que leurs causes soient extra ou intracraniennes. Dans tous ces cas la radiographie sera d'une valeur inestimable en nous aidant à déceler les multiples épines irritatives non visibles à l'œil du clinicien.

Il ne nous reste à indiquer que les distinctions fondamentales pouvant permettre de reconnaître une névralgie essentielle d'une névralgie symptomatique; convaincu de l'importance de ce diagnostic différentiel pour l'institution du traitement, Sicard a formulé les propositions suivantes :

« 1° Toute névralgie faciale qui, non traitée déjà chirurgicalement ou par les injections locales, s'accompagne d'anesthésie cutanée ou muqueuse n'est pas une névralgie faciale essentielle;

» 2° Toute névralgie faciale qui, antérieurement à toute intervention et en dehors du spasme associé de la période d'état, présente des signes associés d'excitation ou de paralysie d'autres nerfs craniens (trismus, diplopie, paralysie faciale, hémiatrophie linguale, etc.) n'est pas une névralgie faciale essentielle;

» 3° Toute névralgie faciale qui, d'emblée, dès son appari-

tion ou même très rapidement après son début, intéresse les trois branches du trijumeau n'est pas une névralgie faciale essentielle;

» 4° Toute névralgie faciale qui est bilatérale n'est pas, dans la très grande majorité des cas, une névralgie faciale essentielle. »

Verger, de son côté, reconnaît à la névralgie essentielle les caractères suivants, dont chacun a son importance:

- « a) Une évolution brusque, par étapes, avec des accalmies parfois très larges;
- » b) La forme paroxystique et intermittente de la douleur, avec intervalle de calme parfait;
- » c) L'absence de zones douloureuses;
- » d) L'influence provocatrice des mouvements de mastication, de déglutition, de phonation, et de l'injection de boissons trop chaudes ou trop froides;
- » e) L'impossibilité habituelle de provoquer les crises par des excitations périphériques;
- » f) L'absence des joints douloureux de Valleix;
- » g) L'absence de troubles par défaut de la sensibilité du visage;
- » h) L'existence de contractions musculaires spasmodiques, toniques ou cloniques, au moment des paroxysmes. »

Le pronostic de la névralgie symptomatique est lié à la suppression de sa cause. Dans les cas récents, l'enlèvement de l'épine irritative fait disparaître rapidement les douleurs; le pronostic est alors excellent. Il n'en est pas de même dans les cas anciens, bien que l'interrogatoire serré du malade et l'examen du système dentaire permettent d'incriminer une origine alvéolo-dentaire certaine au début de l'affection. Par ce que nous savons de l'action infectieuse de certaines épines irritatives, l'on est en droit de penser que le traitement périphérique terminal vient alors trop tard et qu'il importe de rechercher la cause plus haut.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous n'aurons pas en vue ici le traitement médical par les analgésiques (aconitine en particulier) ou les hypnotiques analgésiques (opium, morphine), traitement qui n'est en rien rationnel, et peut, dans certains cas, conduire à l'intoxication ou l'abrutissement du malade, ce qui n'est pas une solution élégante.

Lorsque l'on a affaire à une névralgie récente dont on soupçonne le caractère symptomatique, la recherche minutieuse de l'épine irritative, parfois impossible à découvrir sans le secours de la radiographie, ne peut être faite que par un praticien spécialisé; le traitement de l'affection causale ou sa suppression amènera la guérison.

S'il s'agit d'une névralgie ancienne traitée médicalement, au petit bonheur, la méthode ci-dessus peut encore nous donner un beau résultat; mais d'autres fois le système dentaire aura été minutieusement examiné et soigné, la radiographie ne montre rien, et l'on pense néanmoins à l'origine alvéolo-dentaire de la névralgie; l'on peut incriminer des lésions nerveuses, si l'on pense avoir éliminé les autres causes de névralgies faciales.

L'on a alors à sa portée les trois méthodes suivantes, dont les deux premières possèdent chacune des partisans et sont à essayer avant la troisième; ce sont :

- a) le traitement électrique;
- b) les injections neurolysantes;
- c) le traitement chirurgical.

Le traitement électrique n'est pas une nouveauté, puisqu'il était utilisé par Duchenne de Boulogne. Avant la vogue des injections neurolysantes, il avait été minutieusement réglé par

le Professeur Bergonié et avait donné entre ses mains de remarquables résultats : le courant utilisé était le courant continu tel que le fournissent les piles et les accumulateurs, courant d'une intensité très élevée (50 milliampères et plus, mais jamais moins de 35); l'électrode positive appliquée *loco dolenti*, doit avoir 200 à 250 centimètres cubes (feuille d'étain découpée et repliée de telle sorte qu'elle couvre toute la moitié de la face, en respectant les yeux, le nez et la bouche); l'électrode négative, d'une surface de 400 à 500 centimètres carrés, doit être placée dans le dos.

Bergonié attribuait les bons effets de son traitement à une action électrolytique qui s'exercerait non seulement sur les extrémités du nerf, mais sur tout son trajet et même sur les cellules du ganglion de Gasser.

D'acquisition plus récente en clinique, les courants de haute fréquence (diathermie) calment remarquablement la douleur et sont d'une application plus facilement réalisable. Aussi ont-ils de plus en plus des partisans (Obs. I).

La première idée de traiter la névralgie trigémellaire par l'action modificatrice de l'alcool revient à Pitres et Verger, qui, en 1902, traitèrent un cas de ce genre par l'injection intra-gingivale d'alcool absolu et d'eau à parties égales.

Mais c'est Schlösser (de Munich), qui, en 1903, osa le premier injecter de l'alcool à 80 degrés au contact des troncs nerveux à leur émergence du crâne.

Introduite en France par Ostwalt, en 1905, la méthode de Schlösser fut étudiée et mise au point par Lévy et Baudoin d'une part, par Brissaud, Sicard et Tanon d'autre part.

Sicard emploie deux liquides modificateurs : d'une part, la glycérine phéniquée à 30 ou 40 p. 100, indiquée par Ostwalt, et qu'il utilise plus particulièrement au niveau des trous larges et des échancrures; d'autre part, le liquide suivant, qu'il réserve aux canaux et aux trous étroits :

Alcool à 80 degrés	20 cc.
Menthol	40 cg.
Novo-caine	20 cg.

L'injection se pratique avec de fines aiguilles de platine iridié de 4 à 6 centimètres de longueur et de 7 à 8 dixièmes de millimètre de diamètre. La peau, puis le trajet sous-cutané ou muqueux de l'aiguille sont anesthésiés préalablement par une injection de stovaine ou de novocaïne à 1 p. 100; le malade est dans le décubitus horizontal.

Le siège de l'injection varie, on le conçoit, avec chaque cas; il est à la portée du praticien de réaliser la neurolyse de certaines branches périphériques au niveau du trou sous-orbitaire et du canal de même nom, du trou mentonnier et de l'épine de Spix, du trou palatin postérieur. La neurolyse des troncs nerveux, au niveau de leur sortie du trou grand rond et du trou ovale, est une opération plus délicate. La quantité de liquide à injecter est de 0 cc. 5 pour les trous périphériques, de 1 cm. 5 pour le grand rond et l'ovale.

Il est difficile d'apprécier de façon sûre les avantages comparatifs du traitement électrique et du traitement neurolysant : chacun possède des partisans.

Le traitement chirurgical ne doit être envisagé que lorsque le traitement électrique et les injections neurolysantes ont été suivis d'insuccès; on procédera selon les cas à l'élongation, l'arrachement, la résection plus ou moins étendue des rameaux ou des branches du trijumeau. Mais, nous l'avons dit, l'intervention périphérique peut arriver trop tard, et d'étage en étage on peut être amené à cette opération aléatoire et grave qu'est l'ablation du ganglion de Gasser.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Observation inédite de la Clinique dentaire et stomatologique de l'Hôpital Saint-André, due à l'obligeance de M. le Professeur Cavalié.)

Néuralgie des édentés atteignant le trijumeau dans ses filets alvéolo-dentaires postérieurs et supérieurs gauches. — Traitement par la haute fréquence. — Guérison.

Mme H..., 64 ans, demeurant rue Bataillé, à Bordeaux, est venue pour la première fois le 25 juillet 1929 à la consultation de la clinique, disant souffrir depuis cinq ans du maxillaire supérieur gauche. Au début, elle accusait ses dents cariées; il y a deux ans elle se fit extraire toutes les dents supérieures du côté gauche, mais elle n'a point été calmée; bien au contraire, elle souffre de plus en plus. Ces douleurs sont des lancées très vives au niveau de la tubérosité du maxillaire supérieur qui vont s'irradiant dans la joue jusqu'à la paupière inférieure et à la peau du front du côté gauche; les douleurs débutent par des picotements du rebord alvéolaire et sont accompagnées en pleine crise par des sautilllements de la paupière inférieure; à ce moment, tout le côté gauche de la figure est grimaçant, la malade ne peut plus répondre aux questions qui lui sont posées et doit abandonner son travail et se serrer la tête entre ses deux mains. Pas de rougeur ni de chaleur exagérée de la région, pas des sueurs non plus, en un mot, aucun signe tropho-névrotique cutané.

La chaleur semble calmer les douleurs, le froid par contre les accentue; en conséquence, la malade souffre davantage l'hiver que l'été. Elle insiste sur ce fait qu'elle lave beaucoup de linge : elle est donc dans un milieu continuellement défavorable à son état. Elle a pris de nombreux cachets et comprimés qui ne l'ont jamais calmée.

Son état général est bon; elle ne signale qu'une seule maladie : avant la guerre elle a souffert du foie. Seule survivante dans sa famille, elle a eu trois fils bien portants, dont un mort à la guerre. Nous avons affaire à une personne maigre, mais elle dit avoir toujours été comme cela. Son facies est terreux, sa commissure labiale gauche est marquée d'un rictus déformant dû aux crises névralgiques.

A l'examen buccal, les gencives sont normales; au niveau du maxillaire supérieur du côté gauche, pas une dent; le rebord alvéolaire est mince, formant un bourrelet qui se renfle au niveau de l'alvéole de la dernière molaire pour former une tubérosité qui semble être le point de départ des douleurs. A la palpation on a l'impression d'un tissu cicatriciel très compact à ce niveau. Du côté supérieur droit, les incisives et la 2^e prémolaire sont branlantes, les autres dents sont absentes. Au maxillaire inférieur côté gauche, les incisives et la canine sont normales, tout le reste absent de longue date. A droite, l'incisive latérale, la canine, le première prémolaire et la deuxième grosse molaire sont normales, le reste absent. Toutes ces dents qui restent sont déchaussées, un bloc de tartre recouvre les incisives inférieures.

Par ailleurs, aucune douleur au niveau de l'œil ni de l'oreille, le nez et les sinus ne paraissent pas en cause, et l'on ne juge pas utile de faire une radiographie. A titre documentaire, la sensibilité aux points de Valleix est normale.

En présence de ce tableau clinique l'on conclut à une névralgie faciale symptomatique, névralgie des édentés atteignant le trijumeau dans sa branche maxillaire supérieure et localisée aux nerfs alvéolaires postérieurs et supérieurs gauches.

Que fallait-il faire ? Le Professeur Cavalié résolut d'essayer d'abord un traitement non sanglant, restant bien décidé à pratiquer la résec-

tion des filets nerveux en cas d'insuccès. Il préféra utiliser les courants de haute fréquence et les rayons ultra-violets plutôt que les injections d'alcool.

Le traitement fut donc le suivant :

Du 26 juillet au 3 août : 4 séances de courant de haute fréquence par application sur le versant externe et postérieur de la tubérosité maxillaire gauche. La première fut de cinq minutes, la seconde de sept minutes, les troisième et quatrième de huit minutes.

Du 10 août au 31 août : 4 autres applications de dix minutes chacune. A ce moment les crises ont presque disparu; de temps en temps la malade éprouve quelques douleurs très supportables sur le côté gauche de la face.

Dans le courant de septembre, trois nouvelles applications furent faites sur la région alvéolaire supérieure gauche (alvéoles déshabitées des trois grosses molaires. Durée, dix minutes chaque fois.

La malade s'est représentée à la consultation le 28 novembre et nous a déclaré que les douleurs ont complètement disparu. On lui fait néanmoins une application (durée dix minutes) le lendemain matin.

A la date du 4 décembre la guérison persiste.

En conséquence, l'intervention chirurgicale n'est plus indiquée la malade sera surveillée pour savoir si la guérison se maintient

OBSERVATION II.

(Observation inédite de la clinique dentaire de l'Hôpital Saint-André due à l'obligeance de M. le Professeur CAVALIÉ.)

Néuralgie du trijumeau et troubles sympathiques. — Guérison par le traitement dentaire.

A... (B.), 65 ans, employé de commerce, qui habitait à l'époque rue Judaïque à Bordeaux, s'est présenté pour la première fois à la clinique le 17 juillet 1928, parce qu'il souffrait de la moitié droite du front, et, comme cause, il accusait les dents du maxillaire supérieur droit d'où il lui semblait que partaient les élan-

ments douloureux qu'il ressentait ensuite dans toute la région fronto-pariétale droite.

A le voir, l'on est tout de suite frappé par une particularité d'aspect qu'offre une partie de la peau de la face : cette partie s'étend sur la moitié antérieure de l'hémicrâne droit, limitée en avant par le plan sagittal médian et en bas par une ligne passant par la racine du nez et l'hélix de l'oreille. Cette région fronto-pariétale droite est boursofflée, gris sale, rugueuse, desquamée, recouverte de petits points blancs disséminés en forme de pustules, ainsi que de croûtes jaunâtres qui, lorsqu'elles tombent, laissent l'épiderme rongé, découpé sur une étendue de 1 cm. environ, avec des bords déchiquetés. En d'autres endroits la peau est recouverte d'un enduit gras. En un mot, toute cette région constate énormément avec le côté gauche qui est rose et lisse. La sensation du toucher n'y est pas abolie, mais la piqûre d'une épingle n'est pas distinguée de la pression qu'exerce le doigt. D'autre part si la sensibilité à la chaleur est conservée, par contre le froid n'est pas perçu.

Le malade déclare qu'au début du mois de juin 1928 il se plaignait de vagues douleurs de dents, dues au mauvais état de sa bouche, lorsque brusquement à la date du 7 juin dans l'après-midi, il ressentit comme une piqûre très douloureuse, donnant l'impression d'une piqûre d'abeille, au niveau de la région de la bosse frontale droite; cette sensation de piqûre s'atténua au bout de quelques minutes et fut suivie à plusieurs reprises dans la soirée de quelques vagues fourmillements qui ne l'empêchèrent cependant pas de se mettre au lit et de s'endormir du sommeil du juste. Hélas, vers trois heures du matin, au moment précis où il s'éveillait, il ressentit subitement la même piqûre atroce, cette fois beaucoup plus forte, qui s'irridia avec la rapidité d'un éclair dans toute la région décrite, donnant en même temps une sensation atroce de cuisson des téguments de la même région. Le reste de la nuit se passa en proie à des retours offensifs de la douleur, et le matin, à son lever, le malade constata que la peau de la région était comme craquelée et recouverte d'un enduit gélatineux. Ces troubles trophiques cutanés devaient du reste, dans les jours suivants, favoriser l'éclosion d'une dermite superficielle, qui fit faire le diagnostic d'érysipèle à un

médecin consulté. Le malade ayant en effet, épuisé l'arsenal des sédatifs nerveux qui étaient à sa connaissance, s'était rendu chez celui-ci, qui lui prescrivit une médication désinfectante cutanée et d'autres sédatifs. Le malade put tenir bon pendant un mois, mais, l'accoutumance aidant, il recommença à souffrir, et il lui vint enfin l'idée de se faire rechercher la cause de ses douleurs.

Dans ses antécédents nous trouvons une typhoïde il y a très longtemps, ainsi que des troubles dyspeptiques, et, faits plus intéressants, en 1923, le Professeur Lagrange l'a opéré d'une cataracte; d'autre part, il est affligé depuis très longtemps d'un catarrhe nasal.

Aussi bien, malgré le point de départ maxillo-supérieur des irradiations douloureuses qu'accuse le malade, l'on n'est pas en droit d'affirmer cette origine.

Enfin, la cause de ces troubles peut ne pas être une périphérique.

L'on procède néanmoins à l'examen soigneux de sa cavité buccale; cet examen devait révéler un état déplorable de la muqueuse et des dents; si la langue ne présente rien d'anormal, par contre le plancher, les joues et le palais montrent quelques plaques blanches, naquées, donnant une sensation de tissu sec (plaques de leucoplasie qui éveillent l'idée d'une névrite syphilitique possible); l'examen clinique des dents donne les résultats suivants : en haut et à droite, à partir de la ligne médiane, 1, 2, 3, 4, 5, paraissent normales; à la sixième dent, dentinite pénétrante avec gangrène pulpaire; la dent est très douloureuse à la pression et réveille les élancements douloureux; à 7, rien; 8 est absente; en haut et à gauche, 1, 2, 3 normales; 4, 5 absentes, 6 normale, 7 et 8 absentes. A la mâchoire inférieure, côté droit, 1, 2, 3, 4 normales, 5 absentes, 6 et 7 branlantes, 8 est absente. Enfin, d'une façon générale, toutes les dents sont abrasées.

L'on décide donc de faire l'extraction de la sixième dent (première molaire) du maxillaire supérieur droit présentant cette gangrène pulpaire et de faire procéder à une radiographie pour être fixé sur l'état des pulpes, des racines et de alvéoles des autres dents voisines.

Le malade est revenu le 23 juillet, déjà soulagé puisque les cri-

ses étaient moins fréquentes; la radiographie ayant montré plusieurs foyers de pulpite concrémentielle au niveau des dents voisines, on procède à l'extraction des quatrième, cinquième et septième dents du côté supérieur droit.

Le 30 juillet, le malade est revenu se faire voir; il était parfaitement soulagé, il ne souffrait plus; la peau avait beaucoup changé d'aspect (les croûtes avaient séché et tombaient une à une, la peau redevenait lisse et rose); il promet de revenir, ce qu'il fit un mois après : la guérison semblait définitive.

—OBERVATION III.

(CAVALIÉ, *Gazette hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 10 juin 1928,
in extenso.)

Néuralgie faciale symptomatique. — Guérison après la suppression de la cause.

Il s'agit d'un homme, M. L..., serrurier, âgé de quarante-neuf ans, qui s'est présenté à notre consultation, le 28 avril 1928. Il se plaignait de douleurs localisées à la moitié droite de la face.

Ces douleurs avaient apparu à la fin du mois d'août 1927; elles éclataient à heure fixe, chaque soir, vers sept heures, par une crise aiguë, violente, d'une durée de quinze à vingt minutes, avec en même temps sensation de chaleur, du côté droit de la face. Le malade, pendant cette crise, serrait avec force la tête dans ses mains.

Après la crise, des douleurs assourdies étaient ressenties toute la nuit, jusqu'au matin, suffisantes pour empêcher le sommeil, mais sans exarcebation nouvelle.

Ces douleurs partaient de l'orifice du conduit auditif externe droit, suivaient un trajet longeant la branche horizontale droite du maxillaire inférieure jusqu'au niveau des incisives inférieure.

De cet endroit, la douleur semblait passer aux dents homologues de l'arcade supérieure droite, à partir des incisives jusqu'à la der-

nière molaire, pour revenir au conduit auditif externe, atteignant le tympan et l'oreille moyenne.

Les douleurs s'étendaient ensuite vers la nuque.

Ces crises vespérales, suivies de douleurs continues nocturnes, se répétèrent pendant dix jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où un de nos confrères lui ordonna des pilules d'extrait d'opium, après examens négatifs radiographiques et dentaires.

Dès ce moment, les crises s'atténuent, les douleurs continues nocturnes s'amendent.

La dose d'extrait a été graduellement augmentée, depuis 3 centigrammes jusqu'à 13 centigrammes par jour.

En janvier 1928, la dose journalière d'extrait d'opium est diminuée, et les crises réapparaissent en février. Le malade reprend vite la dose de 13 centigrammes.

En avril 1928, le malade est venu prendre notre avis sur ces douleurs tenaces qu'amende seule une dose journalière assez élevée d'extrait d'opium.

A titre de renseignements, le malade a eu le tympan perforé pendant la guerre et est demeuré aveugle pendant trois semaines. Il a souffert du tympan pendant deux ans, vers 1918; depuis lors, il n'a plus rien éprouvé et, jusqu'en août 1927, il n'avait jamais eu de douleurs craniennes ou faciales. Il ne boit pas, fume peu et prétend n'avoir jamais contracté d'affection vénérienne.

Examen objectif. — Le facies est blême, un peu jaunâtre, l'expression visuelle peu marquée.

La peau de la joue droite est normale. Aucune sensation anormale au palper, aucune douleur provoquée, pas même aux points de Valleix (échancrure sus-orbitaire, point sous-orbitaire, point mentonnier, point auriculo-temporal en avant du tragus).

A l'ouverture de la bouche, nous sommes frappé par la présence sur 7] (deuxième molaire inférieure droite) d'une carie cervicale en coup de hache horizontal siégeant sur la portion vestibulaire du collet. Cette carie est assez profonde et pénétrante, mais aucune douleur n'est éveillée par le sondage de la cavité cariée jusqu'à la chambre pulpaire, ni par le grattage des parois cariées, ni par le chaud, ni par le froid,

En revanche, la pression et la percussion verticales de cette dent sont douloureuses; mais la pression et la percussion dans les sens latéraux, pas plus que la mobilisation entre deux doigts, n'entraînent pas de douleurs.

La dent est légèrement ébranlée, un peu au delà de la mobilité naturelle normale. La marge gingivale est soulevée sur la face mésiale (en avant de cette dent), cette marge se continue avec la crête gingivale qui recouvre la place de 6] (première molaire inférieure) absente. Elle présente une petite grosseur un peu rouge, avec un petit point central orificiel d'un trajet fistuleux, par où s'écoule un peu de liquide sanio-purulent, provenant de l'alvéole de la racine mésiale de 7].

La pression de la gencive à ce niveau est douloureuse.

En dehors de la deuxième molaire inférieure droite lésée et de la première molaire inférieure droite absente, la dent de sagesse inférieure droite est également absente, les autres dents présentes sur le côté droit de l'arcade inférieure sont déchaussées, revêtues de tartre au collet du côté vestibulaire et du côté lingual. Il en est de même du côté gauche de l'arcade inférieure.

Indiquons pour mémoire qu'il y a du tartre sur les faces vestibulaires et les collets des dents, du côté droit de l'arcade supérieure. Une fistule gingivale vestibulaire en regard de la racine de 3] (deuxième prémolaire supérieure droite). Indiquons enfin que le malade ne présente aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise.

Diagnostic. — En présence des symptômes ci-dessus énumérés, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une petite névralgie faciale (*neuralgia minor*), du type continu pendant la nuit, interrompue pendant le jour, mais avec crises journalières survenant le soir vers sept heures.

Il ne s'agit cependant pas de névralgie essentielle (*neuralgia major*); car, pendant la crise, il n'y a pas eu de tic douloureux (spasmes), ni de troubles vaso-moteurs, et les douleurs continues persistantes, qui suivent toute la nuit, n'appartiennent pas à la névralgie essentielle.

Par contre, il y a peut-être un léger élément sympathique qui expliquerait l'extension des douleurs vers la nuque, ainsi que la sensation de chaleur, mais sans fourmillement.

A un autre point de vue, la névralgie chez ce malade est-elle d'origine centrale ou périphérique ? La présence d'une carie pénétrante sur le collet vestibulaire de 7] (deuxième molaire inférieure droite), la présence d'arthrite ou alvéolite suppurée manifestée par une fistule gingivale en avant de cette dent, nous font penser que ce pourrait être une épine irritative de la névralgie faciale chez ce patient, névralgie qui serait symptomatique et d'origine infectieuse dentaire et alvéolaire. La carie a pu évoluer sans fracas, et les examens radiographiques et dentaires effectués en septembre dernier 1927 ont pu ne pas mettre en évidence ces lésions.

L'examen radiographique que nous avons fait pratiquer par M. le Professeur Réchou nous confirme l'existence d'un foyer alvéolaire osseux entourant la racine mésiale (ou antérieure) de la deuxième molaire inférieure droite, et correspondant au foyer d'alvéolite qui entretient la fistule gingivale.

On aperçoit, en outre, sur les clichés, une zone d'altération de la couronne de cette dent répondant au niveau du collet.

Dans ces conditions, nous avons procédé à la désinfection de la cavité buccale par des lavages prolongés et à l'enlèvement des dépôts tartriques des collets.

Ensuite nous avons pratiqué l'avulsion de 7] (deuxième molaire inférieure droite) et le curettage alvéolaire.

Résultats. — Dès le soir même qui a suivi cette petite intervention, les douleurs ont subitement disparu, et à l'heure actuelle (plus de vingt jours après) elles n'ont pas reparu; il y a tout lieu de croire que la guérison est définitive.

Nous devons ajouter que le malade ayant continué à prendre journellement des pilules d'extrait d'opium, a diminué peu à peu la dose journalière depuis vingt jours et n'en prend plus que 2 centigrammes, pour cesser cet emploi d'ici quelques jours.

Nous retiendrons de cette observation :

1° Le caractère des douleurs, qui affectait ici à la fois la forme d'accès brusques, mais vespéraux (un seul chaque soir) et la forme continue, qui durait toute la nuit. Ce mélange de névralgie paroxystique avec la névralgie à douleur continue n'est pas rare dans les névralgies faciales symptomatiques.

2° L'absence complète des points douloureux de Valleix.

3° L'action calmante de l'extrait d'opium à la dose journalière de 13 centigrammes, action supprimée par l'abaissement de la prise au-dessous de 13 centigrammes, et, par suite, réapparition des crises et des douleurs continues nocturnes.

4° La nécessité de procéder à un examen méthodique et minutieux des dents, des arcades alvéolaires, des maxillaires, ainsi que des cavités de la face, pour rechercher l'existence d'une épine irritative.

Beaucoup de névralgies faciales supposées essentielles ne seraient sans doute que des névralgies symptomatiques, dont la cause aura passé inaperçue.

5° La cessation subite des douleurs aussitôt après l'intervention (avulsion et curettage), cessation qui se maintient depuis lors.

OBSERVATION IV.

(CAVALIÉ, *Tablettes odontologiques du Sud-Ouest*, oct. 1929, p. 12, *in extenso*.)

Névralgie faciale symptomatique. — Guérison après la suppression de la cause.

Mme S... (Isabelle), 55 ans, ménagère, vient à la clinique dentaire et stomatologique le 13 avril 1929 parce qu'elle souffre de tout le côté droit de la face et qu'elle croit que la première prémolaire droite en est la cause.

La malade a commencé à ressentir des douleurs il y a cinq ans environ. Ces douleurs ont apparu, sans cause apparente, du côté droit de la face; elles se manifestaient par crises, trois ou quatre fois par jour, et autant la nuit; elles duraient de cinq à dix minutes chaque fois, elles étaient violentes, intolérables même; cette période de crises persistait pendant cinq ou six jours, puis la malade restait calme pendant cinq ou six mois, jusqu'à la venue d'une nouvelle période de crises douloureuses. Il y a trois ans, elle s'est fait enlever la plupart des dents qui manquent aujourd'hui, pensant qu'elles

étaient la cause de ses douleurs. Aucune amélioration n'a suivi ces extractions. Depuis le 15 janvier 1929, la douleur est devenue continue, toujours du côté droit, avec crises très rapprochées de dix en dix minutes, mais moins violentes qu'au début.

Divers traitements médicaux ont été essayés sans résultat, tels que l'électrothérapie et les injections d'alcool. Les sinus examinés à plusieurs reprises n'ont dénoté rien d'anormal.

Comme les douleurs paraissaient, pour la malade, provenir de la région mandibulaire répondant à la première prémolaire inférieure droite, elle s'est décidée à venir à la consultation de la clinique dentaire et stomatologique.

Examen actuel. — La douleur survient par crises très fréquentes et rapprochées, toutes les cinq minutes, la nuit comme le jour; ces crises durent une dizaine de secondes.

La douleur paraît supportable et ne provoque aucune contracture des muscles du visage. Par contre toute la peau du côté droit du visage rougit subitement, comme si elle était soumise à une action calorique. Deux points sont plus rouges que les autres régions de la peau droite, ce sont deux plaques arrondies de un à deux centimètres de diamètre, siégeant, l'une au niveau du trou mentonnier droit, l'autre au-dessus du niveau du condyle droit qu'elle semble recouvrir.

La rougeur n'atteint pas le pavillon de l'oreille. Elle semble débiter au niveau du trou mentonnier droit, puis monte jusqu'à la région temporale droite et se perd dans le cuir chevelu.

La palpation de la peau est douloureuse et augmente la douleur, particulièrement sur les deux plaques rouges.

Les muscles masticateurs droits, en particulier les élévateurs (masséter temporal) sont contracturés maintenant, l'arcade alvéolaire inférieure serrée contre l'arcade supérieure avec trismus complet.

La salive, abondante, s'écoule par les commissures des lèvres.

Après la crise, qui cesse aussi soudainement qu'elle est survenue, succède une période d'accalmie sans douleur, la peau du côté droit du visage devient très blanche et reprend ensuite sa coloration normale analogue à la peau du côté opposé du visage.

La palpation n'est plus douloureuse et le trismus a disparu comme par enchantement.

Examen de la cavité buccale. — Presque toutes les dents de l'arcade supérieure sont absentes, seule est en place G6 (première grosse molaire supérieure gauche), qui apparaît saine.

Du côté droit nous constatons, sur la crête alvéolaire, la présence d'une petite surface rouge de la gencive siégeant à la fois sur la gencive de la crête et du rempart vestibulaire, au niveau des alvéoles déshabitées des prémolaires supérieures droites, ce qui nous fait penser à l'existence, ici, de quelque esquille, ou fragment de racine, ou encore à un foyer ancien de fongosités alvéolaires.

Cependant pas de pertuis, pas de modification de résistance perçue par la pression digitale. Sur l'arcade inférieure du côté droit, d5, d6, d7 et d8 sont absentes; d4 (première prémolaire inférieure droite) est présente et la couronne est normale; cette dent paraît vivante, sans modification d'aspect ni de couleur; elle est sensible à la pression, à la mobilisation, à la percussion comme une dent saine, sans douleurs provoquées.

Pas de tendance à l'expulsion, pas d'ébranlement, pas de douleurs à la pression le long du flanc vestibulaire et du flanc lingual de la racine sur le rempart alvéolaire.

La marge gingivale du collet est normale; la gencive des versants ou remparts alvéolaires a un aspect normal.

d3, d2 et d1 sont en place et normales. Du côté gauche g1, g2, g3 sont en place, g4 est découronnée et réduite à sa racine, g5 est normale et g6, g7 et g8 sont absentes. Il existe sur les faces linguales des six dents de bouche inférieures, du tartre très dur, épais et de couleur jaune.

Rien à signaler sur la langue, pas plus que sur les parois de la bouche (plancher, voûte palatine et voile, vestibules et joues, isthme du gosier en arrière et lèvres en avant).

Diagnostic. — La douleur qui survient par crises courtes et répétées, presque continuelle, mais supportable malgré sa violence, est unilatérale droite.

Les crises se produisent sans spasme, sans tic douloureux, mais il existe deux points très douloureux siégeant, l'un au trou menton-

nier droit, l'autre au niveau du condyle droit en avant du tragus. Et immédiatement se pose pour nous la présence d'une névralgie faciale partielle symptomatique de la région mandibulaire inférieure droite.

Mais, de plus, il y a des troubles vaso-moteurs (points érythémateux et rougeur du côté droit de la face pendant les crises, hypergalie); cependant, il n'y a pas de fourmillement, ni démangeaison, ni sensation nette de cuisson.

A cette névralgie s'ajoute donc une légère atteinte du sympathique et peut-être du parasympathique (sécrétoire). Enfin, la contracture des muscles élévateurs de la mâchoire, qui détermine du trismus pendant chaque crise, complique un peu le tableau.

Traitement. — Avant tout traitement, nous décidons de faire procéder à un examen radiographique de tout le côté droit de la face, mais le malade qui souffre beaucoup veut à toute force se faire extraire d4 (première prémolaire inférieure droite).

Nous y consentons ce jour 15 avril, en présence des phénomènes douloureux et après avoir procédé à l'ablation de tout le tartre et après avoir pratiqué une désinfection aussi rigoureuse que possible de la bouche par des bains de bouche appropriés.

La malade devait nous apporter les clichés radiographiques deux jours après cette extraction. Elle revient 15 jours seulement après et elle nous annonce que l'avulsion de d4 l'avait si bien soulagée qu'elle n'avait même pas fait faire les clichés radiographiques demandés. Elle se croyait complètement guérie.

L'amélioration n'a duré que douze jours, et, le 29 avril, la douleur a réapparu aussi tenace et peut-être plus violente qu'auparavant. La malade se décide à se faire radiographier le côté droit de la face, et les clichés nous permettent de constater, sur le négatif, autour d'un point correspondant à l'alvéole de d5 déshabité (cette dent ayant été extraite depuis longtemps) la présence d'un liseré blanchâtre qui nous paraît être un petit foyer avec résorption osseuse. Et nous avons procédé immédiatement, après injection pérित्रonculaire du nerf dentaire inférieur droit à l'épine de Spyx, à une petite intervention (incision verticale de la gencive vestibulaire, ouverture de la paroi osseuse au ciseau et marteau et curettage du foyer. Les suites ont

été simples et dès le lendemain les crises douloureuses ont disparu et depuis lors tout est rentré dans l'ordre.

Nous avons tenu à vous présenter cette malade et le résultat obtenu par une petite intervention sur le rempart alvéolaire, qui, en nous permettant d'enlever un petit foyer ancien de fongosité alvéolaire au niveau de l'alvéole de d5, a, du même coup, débarrassé la malade d'une affection névralgique, tenace et rebelle à tout traitement médical.

C'est ici que s'imposent les recherches d'épines irritatives par les moyens radiographiques qui sont des plus précieux.

OBSERVATION V.

(D'après l'observation du Docteur CRUET, in thèse GAUMERIS.)

Névralgie faciale symptomatique d'origine dentaire reproduisant le tic douloureux de Trousseau. — Guérison par le traitement approprié.

M. R..., archiviste dans une ville de province, vint me trouver au mois d'octobre 1896. Il souffrait depuis deux ans d'un véritable tic douloureux de la face, dont les accès très violents étaient quelquefois assez espacés, mais revenant presque toujours au milieu d'une conférence que M. R... faisait régulièrement une fois par semaine, le soir et après dîner, dans la ville qu'il habitait.

En fait, le malade rapportait ces accès à l'acte de la parole et il s'arrêtait souvent de parler au milieu d'une phrase, surtout lorsque sa conférence durait depuis un certain temps.

La douleur siégeait le long de la mâchoire inférieure gauche, dans la lèvre inférieure, parfois à l'angle postérieur de la mâchoire du même côté. Il avait dû cesser ses conférences et, voulant les reprendre, il venait me consulter, pensant que ses dents en mauvais état pouvaient être la cause de son mal.

En effet, R..., âgé de 50 ans, était loin de présenter une denture satisfaisante, mais, au premier coup d'œil, l'état de la bouche était surtout défavorable du côté gauche et, à la mâchoire inférieure, dans cette région les dents étaient presque toutes mauvaises.

Cependant il n'y avait de complètement détruite que la première molaire, dont il restait les racines mobiles; la deuxième molaire morte ne présentait qu'une coque de couronne.

Au niveau de ces deux dents se voyaient une fistule gingivale et un petit abcès chronique. La première prémolaire était atteinte de carie pénétrante, la deuxième d'une carie du second degré; enfin la dent de sagesse, dépourvue presque complètement d'émail, était réduite à l'état de moignon d'ivoire douloureux.

A la mâchoire supérieure la première molaire était détruite et réduite à ses trois racines; les autres molaires présentaient de petites caries non pénétrantes. Quelques autres dents légèrement cariées se voyaient dans les autres parties de la bouche.

Le tartre était abondamment répandu sur toutes les dents, surtout à gauche.

Sans être absolument certain que les dents étaient cause du tic, je donnai dans l'espace d'une quinzaine de jours tous les soins nécessaires. Je pratiquai l'avulsion des deux molaires et de la dent de sagesse inférieure gauche, j'enlevai les racines de la molaire du haut, puis, après avoir procédé à un nettoyage sérieux de la bouche, je soignai et obturai les dents cariées.

Pendant les soins, le malade présenta des accès douloureux très violents, plus violents même que ceux déjà éprouvés, se déclarant parfois au milieu d'une opération, et me forçant à l'interrompre momentanément.

Au bout de trois semaines, R... retourna dans son département et me tint par lettre au courant de son état: les abcès du tic douloureux étaient plus rares, mais revenaient encore de temps en temps, et il manifestait le désir de faire de nouveau le voyage de Paris.

Je l'en détournai, et je le revis au bout de six mois seulement. A cette époque la bouche était en très bon état et la cicatrisation de la gencive au niveau des dents extraites était complète; mais les accès douloureux persistaient, beaucoup moins violents toutefois. R... désirait une intervention quand même.

Je pratiquai alors sur la mâchoire inférieure une incision profonde de la gencive jusqu'au tissu osseux, depuis la branche montante du maxillaire jusqu'à la deuxième prémolaire, et passai immédiatement

le thermo-cautère dans l'incision. Je fis même dix petites incisions latérales et longitudinales, de sorte que la gencive était profondément labourée dans toute son étendue. Puis des lavages fréquents au chloral furent prescrits.

Pendant les deux jours que R... resta à Paris, il eut un accès léger seulement.

Rentré en province, il eut encore, à quelques jours d'intervalle, deux petits accès, puis il m'écrivit six mois après qu'il se croyait définitivement guéri.

Je n'ai d'ailleurs par revu R..., mais j'ai su par des amis communs qu'il allait toujours très bien et que la guérison s'était maintenue.

CONCLUSIONS

I. — A l'origine et dans le cadre des névralgies faciales dites symptomatiques, les épines irritatives alvéolo-dentaires sont très nombreuses et très fréquentes, et doivent être recherchées avec soin grâce à un examen spécialisé, aidé par la radiographie.

II. — Ces épines irritatives agissent selon deux modes d'action, l'un réflexe, l'autre infectieux, plus complexe que le précédent.

III. — Les connexions anatomiques du trijumeau avec les systèmes sympathique et parasympathique cervico-craniens permettent d'expliquer les phénomènes cliniques qui sont le plus habituellement observés lors de l'irritation de ce nerf.

IV. — La suppression de la cause seule peut amener la guérison certaine dans les cas récents; dans les cas anciens, le traitement périphérique terminal est quelquefois moins sûr, et on sera amené à utiliser le traitement électrique ou les injections neurolysantes et, en cas d'insuccès, le traitement chirurgical.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

VILLEMIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- D'ABONDO. — Nevrite periferiche infettive e nevrite ascendente. *La Psychatria*, t. VIII.
- D'ALISE. — Consid. su di un caso di nevr. del trigemino di or. dentaria. *Stomat. Milano*, 1925, p. 680.
- BENICHOU. — Contrib. à l'ét. des névral. faciales d'orig. dentaire, thèse Paris, 1903.
- BERTHOLD Spitzer. — *Arbeiten der neurol institut Wien*, Bd. XIX, fasc. 3, 1912.
- BERGONIÉ. — *Presse médicale*, janvier 1898.
- BISI. — Vertigo refejo en una neuralgia del trigemino por car. dentaria. *Revista d. soc. argentina de otorinolar Buenos Aires*, 1925, I, p. 49.
- CANTONNET et DE LAPERSONNE (F.). — *Manuel de neurologie oculaire*, Paris 1926.
- CAVALIÉ. — Affections et maladies des dents de nature infectieuse (classification), Bordeaux, 1906.
- Recherches d'histologie pathologique sur les dents. *Revue de l'Odontologie*, 1907.
- CRUET. — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, Paris, 1899.
- DEBOVE et ACHARD. — Névralgie du trijumeau. *Manuel de médecine*, Paris, 1894.
- DIEULAFÉ et HERPIN. — Mal. des dents et caries dentaires, accidents de 1^{re} et 2^e dentition, in GAILLARD et NOGUÉ, *locus citus*.
- DUFOUGÉRE. — Névral. fac. d'orig. dentaires. *Paris médical*, 1926, LIX, p. 354.
- DUPLAY. — Névral. fac.; névral. des édentés. *Gazette des hôpitaux*, 3 avril 1894, p. 357.

- DUTHELLET et LAMOTHE. — Trait. chirurg. des névral. rebelles du nerf max. sup. *L'Odontologie*, 30 mai 1927, p. 389.
- FARGIN-FAYOLLE. — Accidents des dents de sagesse. In GAILLARD et NOGUÉ, *locus citus*.
- A propos du diagnostic des névral. fac. d'or. dentaire. *La consultation*, mars 1928, p. 17.
- FERRIER. — Des névralgies réflexes d'orig. dentaire, thèse Paris, 1894.
- FREY et Ch. RUPPE. — Pathologie de la bouche et des dents, 7^e éd., Paris, 1922.
- GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de stomatologie, Paris, 1910.
- GILLET. — Etude sur le tic douloureux de la face. Pathogénie, origine périphérique et dentaire, thèse Paris, 1903.
- GROSS. — Forms of neuralgia of the jawbones hitherto undescribed. *American J of the méd. Ac. July*, 1870.
- GUILLAUME. — Le sympathique et les systèmes associés, Paris, 2^e éd., 1922.
- HERROUET. — De la névralgie syphilitique du trijumeau, thèse Paris, 1903.
- HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du syst. sympathique, Paris, 1927.
- KRAUSE. — Die neuralgie der trigeminus, Leipzig, 1896.
- LÉVY. — Essai sur les névralgies faciales, thèse Paris, 1906.
- Le syndrome gassérien. *Presse médicale*, 13 janvier 1912, p. 38.
- MALASSEZ. — Les débris para-dentaires, Paris, 1910.
- MONTBRUN et HALPHEN. — Rapports au III^e congrès français d'Oto-neuro-ophtalmologie, mai 1929. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1929.
- MAHÉ. — Névralgie faciale, in GAILLARD et NOGUÉ, *locus citus*.
- OSTWALT. — Académie de médecine, 30 mai 1903.
- Traitement des névr. fac. rebelles par les injections profondes d'alcool. *Presse médicale*, 16 déc. 1903.
- POIRIER. — Anatomie humaine.
- PONT. — Précis des mal. des dents et de la bouche, Paris, 1927.
- PITRES. — Lymphocytose du liquide céphalo rachidien dans trois cas de névralgie du trijumeau. Société de biologie, 13 févr. 1904.

- PITRES et VAILLARD. — Mal. des nerfs périphériques. *Collection Brouardel et Gilbert*, Paris, éd. 1924, t. XXXVI, article « Névralgie du trijumeau », p. 565.
- PUTNAM. — The relation between trigeminus neur and migraine, March 1900.
- REDIER. — Traité théorique et pratique de la carie dentaire, Paris, 1900.
- ROMBERG. — Neuralgi nervi V. spécimen Berol 1840.
- SICARD. — Neurologie, t. II, in *Traité de médecine de Sergent et Ribadeau-Dumas*, Paris, 1921.
- Névralgie du trijumeau et ponctions lombaires. *Société de Biologie*, 27 février 1904.
- Le syndrome de la névrite ascendante, XV^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Rennes, 1905.
- SCALONE et SCUDERI. — La clinica chirurg., t. XX, 1912. *Analy. in Revue neurologique*, 1913, I, p. 219.
- TESTUT. — Anatomie humaine.
- TESTAZ. — De la paralysie faciale douloureuse, thèse Paris. 1887.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, t. II.
- TINEL. — Paralysies réflexes passagères du moteur oculaire commun accompagnant les crises paroxystiques d'une névralgie faciale d'origine dentaire. *Revue de neurologie*, juill. 1925, p. 60.
- VERGER. — Essai de classification de quelques névralgies faciales par l'injection de cocaïne loco dolenti. *Revue de médecine*, 1904, p. 34 et 134.
- VERGER et CESTAN. — Pathologie du système nerveux. In *Traité de Médecine de Balthazard*, Paris, 1924.
- VERGER et GRENIER DE CARDENAL. — Névralgie faciale et tumeur du ganglion de Gasser. *Revue de neurologie*, 30 juill. 1905, p. 704.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les névralgies faciales en général</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Les névralgies faciales dites symptomatiques (petite névralgie faciale)</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Topographie des épines irritatives alvéolo-dentaires</i>	26
CHAPITRE IV. — <i>Mode d'action des épines irritatives alvéolo-dentaires; anatomie systématique du trijumeau</i>	33
CHAPITRE V. — <i>Symptomatologie et formes cliniques</i>	44
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic et pronostic</i>	52
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	54
CHAPITRE VIII. — <i>Observations</i>	57
CONCLUSIONS.	73
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	74

